

Aus der Abteilung für Medizinische Soziologie
der Philipps-Universität Marburg
Abteilungsleiter: Prof. Dr. J. Siegrist

KOOPERATIVE AMBULANTE EINRICHTUNGEN
IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der gesamten Medizin
des Fachbereichs Humanmedizin
der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von
Felix Elgeti
aus Hannover

Marburg 1976

Aus der Abteilung für Medizinische Soziologie
der Philipps-Universität Marburg
Abteilungsleiter: Prof. Dr. J. Siegrist

**KOOPERATIVE AMBULANTE EINRICHTUNGEN
IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND**

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der gesamten Medizin
des Fachbereichs Humanmedizin
der Philipps-Universität Marburg



**vorgelegt von
Felix Elgeti
aus Hannover**

Marburg 1976

Druck: Druckerei Bösser, Bremen



Angenommen vom Fachbereich Humanmedizin
der Universität Marburg am 6.8.1976
gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs
Dekan: Prof. Neurath
Referent: Prof. Siegrist
Correferent: Prof Lauer

Inhaltsverzeichnis:

Abkürzungen	S.	3
1. Einleitung		4
2. Gegenstand und Methode der Untersuchung		8
2.1. Definition der kooperativen ambulanten Einrichtungen		8
2.2. Erhebungsweise der kooperativen ambulanten Einrichtungen		17
2.3. Beurteilungsweise der kooperativen ambulanten Einrichtungen		20
3. Ergebnisse der Untersuchung		27
3.1. Gliederung der kooperativen ambulanten Einrichtungen		27
3.2. Beschreibung der kooperativen ambulanten Einrichtungen		33
3.2.1. Private Einrichtungen		34
3.2.1.1. Freiberufliche Einrichtungen		34
3.2.1.2. Gewerbliche Einrichtungen		42
3.2.1.3. Gemeinnützige Einrichtungen		43
3.2.2. Öffentliche Einrichtungen		52
3.2.2.1. Einrichtungen der Sozialversicherungsträger		52
3.2.2.2. Sonstige öffentliche Einrichtungen		61
3.3. Vergleichende Beurteilung einzelner Merkmale		74
3.4. Diskussion der benutzten Gliederung		97
4. Ausblick		100
Zusammenfassung		103
Anmerkungen		105
Quellen- und Literaturverzeichnis		110
Anhang		

Abkürzungen:

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BfA	Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
BG	Berufsgenossenschaft
BKK	Betriebskrankenkasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung Ärzte
HVM	Honorarverteilungsmaßstab
IKK	Innungskrankenkasse
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
Landw. KK	Landwirtschaftliche Krankenkasse
LVA	Landesversicherungsanstalt
MA	Medizinische Akademie
MH	Medizinische Hochschule
MTZ	Medizinisch-technisches Zentrum
OKK	Ortskrankenkasse
OVSt	Orthopädische Versorgungsstelle
PVO	Reichsversicherungsordnung
TH	Technische Hochschule
TU	Technische Universität
U	Universität
VdAK	Verband der Angestellten-Krankenkassen
ZMK	Zahn-, Mund- und Kiefer-Klinik
ZO	Zulassungsordnung

Diese Arbeit geht von der Frage aus: Welche Formen der Kooperation innerhalb ambulanter Einrichtungen gibt es in der Bundesrepublik? Zu diesem Thema gehört es, die tatsächlich existierenden Formen zu erfassen und zu ordnen sowie ihre Ursachen und ihre Entwicklungstendenzen zu untersuchen. Stationäre Einrichtungen, Einzelpraxen und Kooperationsformen zwischen den einzelnen Einrichtungen gehören nicht dazu, um - wie unten noch erläutert werden wird - das Problem für einen begrenzten, aber auch einen wesentlichen Bereich zu behandeln.

Die Bedeutung dieses Themas folgt aus dem Charakter der Kooperation selbst: in der Kooperation liegen Möglichkeiten, die Leistungen sowohl qualitativ als auch quantitativ zu verbessern. Daß bestimmte Leistungsqualitäten nur kooperativ erbracht werden können, ist in einzelnen medizinischen Fachrichtungen schon länger selbstverständlich, z. B. sind größere Operationen nur bei Kooperation eines ganzen Teams möglich. Inzwischen aber vervielfacht sich das medizinische Wissen; es bietet die Möglichkeit von der kurativen zur umfassenden, prophylaktisch orientierten Betreuung überzugehen. Eine von mehreren Voraussetzungen dafür ist die intensive Zusammenarbeit, die die notwendigen medizinischen Kenntnisse und Geräte auch für die medizinische Grundbetreuung bereitstellt. - Zum zweiten können durch Kooperation größere Leistungsquantitäten bei gleichem Aufwand erbracht werden als bei individueller Arbeitsweise. Diese Möglichkeit ist nicht erst seit der gegenwärtigen Diskussion über die sog. Kostenexplosion bekannt. Seit der Zunahme medizinischer Leistungen durch die Einrichtung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurde immer wieder versucht, die Leistungserstellung durch Kooperation zu verbilligen.

Zu der Bedeutung der Kooperation für die Patienten bzw. die Beitragszahler kommt ihre Bedeutung für die Kooperierenden selbst, d. h. für das Personal der ambulanten Einrichtungen.

Kooperation ermöglicht vor allem neue Beziehungen zwischen den Arbeitenden und umfassendere Erkenntnisse in Prophylaxe, Diagnose und Therapie; dadurch kann die Arbeit für das Personal befriedigender werden.

Um diese Gedanken zur allgemeinen Bedeutung des Themas zu veranschaulichen und um die Tatsache zu belegen, daß diese Gedanken nicht grundsätzlich neu sind, soll hier der Sozialhygieniker Grotjahn im Jahr 1928 zitiert werden:

"Die großen Fortschritte, welche die medizinische Wissenschaft in den letzten Jahrzehnten auf dem Gebiet der Untersuchungstechnik gemacht hat, kann der einzelne Arzt im eigenen Hause kaum ausnutzen, da ihm die technischen Kenntnisse, die oft sehr kostspielige Apparatur und endlich auch die Zeit für die häufig sehr mühevollen Kleinarbeit fehlen ... Die Ambulatoriumsbehandlung bietet sicher für den Kranken sehr zahlreiche Vorteile, die bisher nur die gern aufgesuchten Universitätskliniken gewähren. Die Möglichkeit, eine große Zahl von Kranken mit geringem Zeitaufwand und wenig Unkosten von einem Kollegium von tüchtigen, unter einem hervorragenden Chef wirkenden Allgemein- und Fachärzten mit Unterstützung durch ein geschultes Hilfspersonal und baster diagnostischer und therapeutischer Ausrüstung untersuchen, begutachten und beraten zu lassen, bietet Kranken, Ärzten und Kassenverwaltungen so große Vorzüge vor dem gegenwärtigen Betrieb des isoliert arbeitenden Kassenarztes, daß es undenkbar ist, dieser Fortschritt würde sich nicht schließlich doch im Sinne einer Systematisierung des kassenärztlichen Dienstes allen Widerständen zum Trotz durchsetzen."

Allerdings können mit der Kooperation auch Nachteile verbunden sein. Wenn Patienten von Arzt zu Arzt gewiesen werden, ohne die wissenschaftlich begründete Betreuung zu erhalten, wenn wichtige Informationen zwischen den betreuenden Ärzten stocken oder wenn das medizinische Personal mehr gegen einander als miteinander arbeitet, - dann sind die Vorteile der Kooperation in ihr Gegenteil umgeschlagen.

Welche unmittelbare Bedeutung kann nun die Bearbeitung dieses Themas haben, die erwartungsgemäß die Frage nach den Formen, Ursachen und Entwicklungstendenzen der Kooperation nicht vollständig beantworten kann?

Zum einen kann sie einige individuelle und einige gesundheitspolitische Entscheidungen anregen: Einige Ärzte sind mit der gegenwärtigen Organisation ihrer Arbeit nicht zufrieden und suchen nach neuen Formen; sie können von den - wenn auch lückenhaft - erfaßten Organisationsformen und Modellen Anregungen für ihre eigene Praxis erhalten. Dasselbe gilt für Ärzte, die z. B. aus dem Krankenhaus in die ambulante Betreuung wechseln möchten, ohne auf die dort kennengelernten Vorteile der Kooperation zu verzichten.

- Die gesundheitspolitischen Entscheidungen, die mit diesem Thema in unmittelbarem Zusammenhang stehen, betreffen vor allem die medizinisch unterversorgten Gebiete auf dem Land und am Stadtrand. Hier werden von den öffentlichen Verwaltungen Zuschüsse, Umsatzgarantien, Grundstücke usw. für unterschiedliche Einrichtungen erwartet und auch schon gegeben; für diese Entscheidungen kann es nützlich sein, mehr über diese Unterschiede der Einrichtungen, ihre Leistungen und damit auch ihre Kooperationsformen zu wissen. - Zum anderen wird diese Arbeit neue Fragen aufwerfen und kann daher weitergehende Forschungen über kooperative ambulante Einrichtungen anregen und vorbereiten.

Die Bearbeitung des Themas beginnt mit der Definition des Untersuchungsgegenstandes, den kooperativen ambulanten Einrichtungen. Da sich das Definitionsmerkmal "kooperativ" unmittelbar nicht eng genug fassen läßt, werden noch zwei weitere Merkmale eingeführt: die umfassende medizinische Betreuung und die Finanzierung durch die GKV oder andere Solidargemeinschaften. Wie oben gezeigt, stehen sie mit der Kooperation in engem Zusammenhang.

- Anschließend werden die Erhebungsweise der kooperativen ambulanten Einrichtungen und ihre Beurteilungsweise dargestellt; die Beurteilungsmaßstäbe werden aus der oben diskutierten Bedeutung für Patienten bzw. Beitragszahler und für das Personal entwickelt.

- Es folgen Einteilung und Beschreibung der kooperativen Einrichtungen sowie ihr Vergleich untereinander. Im tatsächlichen Unter-

suchungsgang wurde die Einteilung parallel zu der Erhebung der kooperativen ambulanten Einrichtungen entwickelt; in der Darstellung aber soll die Einteilung auch die Beschreibung und den Vergleich gliedern und daher vorangestellt werden. - Zum Schluß wird in einem Ausblick die Bedeutung der Ergebnisse diskutiert.

2. Gegenstand und Methode der Untersuchung

2.1.

2.1. Definition der kooperativen ambulanten Einrichtungen

In der Einleitung wurde schon einiges dazu gesagt, welche Einrichtungen nicht gemeint sind: stationäre Einrichtungen und solche, deren Kooperation nur zwischen Einrichtungen besteht. Jetzt sollen Definitionsmerkmale mit ihrer Bedeutung und ihrer Geschichte entwickelt und auf einen Begriff gebracht werden, der eine eindeutige Zuordnung der Einrichtungen erlaubt.

Zuerst: Was sind ambulante (Gesundheits-) Einrichtungen? Gesundheitseinrichtungen² sind Funktionseinheiten der medizinischen Betreuung; in ihnen wirkt das Personal mit Hilfe von Apparaten, Gebäuden und anderen Arbeitsmitteln auf die Patienten ein, um ihre Gesundheit zu schützen und zu fördern (=Prophylaxe), Schäden zu erkennen und zu heilen (=Diagnostik und Therapie) sowie Geschädigte wiederherzustellen (=Rehabilitation). - In ambulanten Einrichtungen werden die Patienten nur jeweils kürzere Zeit medizinisch betreut. Wegen der kurzen Aufenthaltsdauer brauchen sie in der Regel dort nicht auch zu essen, zu schlafen usw.; daher fehlen in der Regel in ambulanten Einrichtungen das entsprechende Personal und die entsprechende Ausstattung (Betten usw.)³.

In dieser Untersuchung sollen daher unter einer ambulanten Einrichtung eine Menge von Arbeitsmitteln verstanden werden, mit deren Hilfe das Personal - arbeitstechnisch und wirtschaftlich gemeinsam geleitet - auch Patienten medizinisch betreut, die kein Bett in dieser Einrichtung belegen. Abgrenzungsschwierigkeiten zu Nachtkliniken und anderen teilstationären Einrichtungen stellen sich dabei nicht, da derartige Einrichtungen in dem erhobenen Material nicht vorkommen.

Zum zweiten Definitionsmerkmal, der Kooperation: sie ist eine Organisiertheit des Arbeitsprozesses, bei der viele planmäßig und gemeinschaftlich an demselben Arbeitsprozeß oder an verschiedenen, jedoch miteinander zusammenhängenden Arbeitsprozessen beteiligt sind. Bei kooperativen Einrichtungen findet diese Beteiligung innerhalb derselben Einrichtung statt (=betriebliche Kooperation). Die Überweisung von Patienten von einer Praxis zur anderen ist eine zwischenbetriebliche Kooperation und gehört daher nicht zum Untersuchungsgegenstand; auch reine sog. "Praxisgemeinschaften", die nicht in der medizinischen Betreuung, sondern nur über technische oder Verwaltungseinrichtungen kooperieren, werden nicht untersucht. - Die Kooperation in einem Arbeitsprozeß ist an verschiedene Voraussetzungen gebunden, vor allem an die ideelle Zielsetzung ("planmäßig") und die damit verbundene Leitung des Arbeitsprozesses sowie an vergleichbare Rechte und Pflichten der kooperierenden Personen ("gemeinschaftlich")⁴. Eine Besonderheit der kooperativen medizinischen Betreuung gegenüber z. B. der Fließbandproduktion ist, daß Menschen der Gegenstand der Arbeit sind und daher - beim gegenwärtigen Stand der Technik - hier Arbeitsgegenstände und Arbeitskräfte nicht durch ein Maschinensystem verbunden sind; deshalb lassen sich besondere Arbeitsmittel nicht zur Definition der Kooperation benutzen. Manchmal sind einzelne Teile der Betreuung kooperativ organisiert, z. B. Routine-Röntgen- oder -EKG-Untersuchungen durch besondere Ärzte; meist aber entscheidet der betreuende Arzt im Einzelfall, ob eine Kooperation überhaupt stattfinden soll. Da die Zielsetzung, die Leitung, die Rechte und Pflichten, der Betreuungsablauf usw. aber für viele kooperative ambulante Einrichtungen nicht genau genug erhoben werden konnte, muß der Untersuchungsgegenstand durch mehrere indirekte Definitionsmerkmale bestimmt werden.

Dafür bietet es sich an, sich zum einen auf die bestimmenden Personen der Kooperation, auf die Ärzte zu konzentrieren, zumal ihre wissenschaftliche Ausbildung und ihre staatliche Legitimation auch für die beiden folgenden Merkmale von Bedeutung ist.

Einige medizinische Tätigkeiten sind durch Rechtsvorschriften dem Arzt vorbehalten, z. B. die Stellung einer versicherungsrechtlich wirksamen Diagnose. Diese spezifisch ärztlichen Tätigkeiten regeln entscheidend die ganze medizinische Betreuung. Sie machen aber in der Regel nur einen Teil der tatsächlichen ärztlichen Tätigkeiten aus. - Die Zahl derer, die zu vielen Personen zusammenarbeiten und damit die Kooperation herstellen, kann genauer mit drei und mehr Personen angegeben werden, um die weniger differenzierte Zusammenarbeit von zwei Ärzten in sog. Partnerschaften auszuschließen.

In dieser Untersuchung sollen daher unter kooperativen Einrichtungen diejenigen Einrichtungen verstanden werden, in denen mehr als zwei Ärzte tätig sind. - Die bestimmende Stellung der Ärzte und die Notwendigkeit ihrer Kooperation innerhalb ambulanter Einrichtungen und damit die Verwendung dieser Sachverhalte als Definitionsmerkmal ist heute wohl unbestreitbar. Dies war früher allerdings anders. Die bestimmende Stellung der Ärzte entwickelte sich vor allem mit der naturwissenschaftlichen Durchdringung der medizinischen Betreuung. Die Gewerbeordnung des Norddeutschen Bundes von 1869 berechnete noch neben den Ärzten jede andere Person, die Heilkunde ohne Befähigungsnachweis auszuüben. Die weitergehende Verwissenschaftlichung des ärztlichen Berufes läßt sich am Aussterben der alten Ärzteklassen (Wundärzte, Landärzte, Hofärzte usw.) und am Auftreten von Spezialärzten innerhalb des nun einheitlichen Arztestandes in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts ablesen. Allerdings war noch am Ende des letzten Jahrhunderts umstritten, ob die Krankenkassen die ärztliche Betreuung, die die Versicherten nach dem Gesetz von 1883 beanspruchen konnten, nur durch Ärzte oder auch durch Laien gewährleisten könnten ⁵.

Die Spezialärzte innerhalb ambulanter Einrichtungen zu integrieren, gab es zahlreiche Versuche. Die beiden bekanntesten in Deutschland bzw. in der Bundesrepublik unternahmen die Berliner Krankenkassen 1923 und 1947. Wegen eines Boykotts der Berliner Ärzte

gründete sie ab 1923 40 Ambulatorien mit angestellten Ärzten verschiedener Fachrichtungen; nach heftigen Kämpfen mit ärztlichen Standesorganisationen wurden die Ambulatorien schließlich 1933 von den Nationalsozialisten geschlossen. Die 1947 eröffneten versicherungseigenen Ambulatorien mußten 1952 - bis auf eine Ausnahme - nach erneutem Streit geschlossen werden. Auch andere Formen kooperativer ambulanter Einrichtungen wurden insbesondere von ärztlichen Standesorganisationen lange Zeit gebremst, weil sie Nachteile für die "freiberufliche ärztliche Tätigkeit" befürchteten ⁶. Erst 1968 hob der Ärztetag die Genehmigungspflicht für Gemeinschaftspraxen auf; gleichzeitig institutionalisierte er eine weitere Spezialisierung, indem er die Zahl der Fachgebiete von 16 auf 19 erhöhte und zahlreiche Teilgebietsbezeichnungen in den beiden größten Fachgebieten schuf.

Das zweite Definitionsmerkmal ist die Finanzierung durch Solidargemeinschaften, insbesondere durch die GKV. Es war einleitend entwickelt worden aus den Rationalisierungsmöglichkeiten der Kooperation, dem besonderen Interesse der Leistungsfinanzierenden daran und aus der besonderen Notwendigkeit, bei einer Leistungszunahme diese Möglichkeiten zu nutzen.

Unter Solidargemeinschaften sollen mit Rosenberg ⁷ Gruppen verstanden werden, die medizinische Betreuungsleistungen finanzieren unabhängig von einem (Krankheits-) Risiko-entsprechenden Beitrag der Gruppenmitglieder, die diese Leistungen erhalten. Weil Krankheit große wirtschaftliche Folgen nicht nur für den einzelnen Kranken, sondern vor allem auch für die Gesellschaft hat, tendieren die Solidargemeinschaften zur Ausdehnung auf die ganze Gesellschaft. Diese Tendenz tritt in der Entwicklung der medizinischen Betreuung Deutschlands bzw. der Bundesrepublik deutlich in Erscheinung.

Die GKV wurde 1883 im Deutschen Reich geschaffen, 1884 die Gesetzliche Unfallversicherung und 1889 die Invalidenversicherung; 1911 wurden sie zur Reichsversicherungsordnung (RVO) zusammengefaßt. Der Anteil der Bevölkerung, der Leistungen der GKV beanspruchen konnte, war anfangs gering; heute beträgt er 89 %. Die Bedeutung, die die GKV damit auch für die ambulanten Einrichtungen erreicht hat, zeigte sich besonders deutlich 1960 im Bundesverfassungsgerichts-Urteil, das die Beschränkung der Kassenzulassung aufhob mit der Begründung, eine ambulante ärztliche Berufstätigkeit sei ohne Kassenzulassung nicht mehr möglich, eine Zulassungsbeschränkung widerspräche daher dem Grundrecht der freien Berufswahl.

Die gleiche Tendenz zeigt sich in der zunehmenden staatlichen Steuerung der GKV und im abnehmenden Einfluß der Versicherten in den Selbstverwaltungsorganen: ihre Vertretung wurde von zwei Dritteln auf die Hälfte verringert zugunsten der Arbeitgebervertreter. - Im Widerspruch zu dieser Tendenz wurden auch die Organisationen der Kassenärzte einflußreicher, insbesondere 1955 durch die Übertragung des Sicherstellungsauftrages an die Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese gegenläufige Entwicklung kann man interpretieren als einen Teilerfolg des ununterbrochenen Kampfes ärztlicher Standesorganisationen gegen den Einfluß der Kassen auf die ärztliche Berufstätigkeit. Weniger erfolgreich war ihr Kampf gegen jede Ausdehnung der Mitgliedschaft und der Leistungen der GKV, wie oben gezeigt. Aber auch diese Bemühungen werden fortgesetzt - zuletzt mit dem Versuch, durch eine freiwillige Honorarbegrenzung und Sachleistung der Ärzte für privatversicherte Studenten den privaten Krankenversicherungen günstigere Studententarife zu ermöglichen und Studenten zu bewegen, sich von der Mitgliedschaft in der GKV befreien zu lassen.

Die GKV und die übrigen Solidargemeinschaften, ihre Träger, ihre Leistungen und ihre ambulanten Einrichtungen sind in der Tabelle 1 zusammengefaßt. Unter dem Aspekt der risikounabhängigen Leistungs-

finanzierung wurden auch diejenigen öffentlichen Verwaltungen dazugezählt, die ambulante Einrichtungen aus Steuermitteln finanzieren. Das zweite Definitionsmerkmal der kooperativen ambulanten Einrichtungen soll die Tatsache sein, daß sie Finanzen auch von diesen Solidargemeinschaften erhalten. - Weitergehend wird die Herkunft der Finanzen, die Form ihrer Erhebung usw. nicht untersucht werden, da die Sozialversicherung nicht der Gegenstand dieser Untersuchung ist, vielmehr werden die Finanzierungsform der Einrichtungen, die Bezahlungsform der Ärzte usw. weiterverfolgt werden.

Das letzte Definitionsmerkmal war in der Einleitung aus den qualitativen Möglichkeiten der Kooperation entwickelt worden: die Kooperation ist eine Voraussetzung, um von der kurativen zur umfassenden, prophylaktisch orientierten Betreuung überzugehen. Darunter soll eine Betreuung verstanden werden, in der alle drei Teilziele der medizinischen Betreuung - Prophylaxe, Diagnostik und Therapie sowie Rehabilitation - verfolgt werden. Beim gegenwärtigen Stand der medizinischen Wissenschaft gibt es nur wenige relativ selbständige prophylaktische Maßnahmen, z. B. Impfungen; in den allermeisten Fällen ist die Prophylaxe noch an die Diagnose bestimmter Risikofaktoren (z. B. Beratung von Übergewichtigen) oder an die Therapie bestimmter Krankheiten (z. B. Betreuung chronisch Kranker) gebunden. Daher regeln diejenigen Einrichtungen, die zur Diagnostik und Therapie berechtigt sind, entscheidend auch die Prophylaxe und Rehabilitation und damit die gesamte medizinische Betreuung. Da in den Beschreibungen der kooperativen ambulanten Einrichtungen kaum die einzelnen Betreuungsleistungen und ihre Teilziele angegeben sind, soll das dritte Definitionsmerkmal die Tatsache sein, daß diese Einrichtungen auch zur Therapie berechtigt sind.

Die ärztliche Erste Hilfe ist zwar eine Therapie, kann aber hier nicht zur Definition herangezogen werden, weil sie Pflicht (und Recht) jedes Arztes ist - unabhängig von der Einrichtung, in der er tätig ist.

1 a: Die ambulante Betreuung finanzierenden Solidargemeinschaften und ihre Einrichtungen

Träger- schaften	Träger	ambulante Lei- stungen, die vom Träger fi- nanziert werden	ambulante Einrichtungen, die vom Träger Finanzen erhalten
	RVO-Kassen (OKKn, BKKn, IKKn, See- kranken- kasse, LandwKK, Bundes- knappschaft), Ersatzkassen f. Arbeiter u. f. Ange- stellte	kostenlose ambulante ärztliche Betreuung für Versicherte u. mitversicherte Familienange- hörige	-zugelassene Kassenärzte (zugelassen für sam- liche Leistungen ihres Fachgebietes). -beteiligte Kassenärzte (beteiligt für bestim- te Leistungen nach Überweisung - § 29 ZG - oder Behebung eines Notstandes - § 30 ZG). -ermächtigte Kassenärzte oder Institute (ermäc- tigt für bestimmte Leistungen nach Überweisung - § 10 BMV-A), -Universitäts-Polikliniken u. Eigeneinrichtun- gen der Krankenkassen (Leistungsberechtigung nach besonderen Verträgen). (Einige wenige die- se Einrichtungen sind jeweils nur für Ersatzkassen- Patienten zugänglich - z. B. 1500 VdAK-Ärzte oder nur für RVO-Patienten - z. B. ZMK-Poli- klinik Marburg.)
ärztliche Unfallver- sicherung	Gewerbliche u. land- wirtschaft- liche BGen, gemeindliche u. staatliche Unfallversiche- rungsträger	kostenlose berufsgenos- senschaftli- che Heilbe- handlung für Versicherte bei Unfällen u. Berufs- krankheiten, soweit nicht die GKV diese Behandlung bezahlt	eigene Einrichtungen und fremde (meist Kassen- ärzte); sie werden durch ihre Stellung im Ent- scheidungsverfahren über die weitere berufsges- senschaftliche Behandlung näher charakteri- siert: -jede ärztliche Einrichtung (für die erste Ver- sorgung Unfallverletzter und - mit einem nach einem der verschiedenen Verfahren erteilten Auftrag - für die weitere BG-Behandlung), -Einrichtungen mit sog. D-Ärzten (dies sind von den BGen bestellte Durchgangsärzte, die über die weitere Behandlung Verletzter ent- scheiden und einen Teil selbst betreuen), -Einrichtungen mit sog. H-Ärzten (dies sind von den BGen an der berufsgenossenschaftliche Heilbehandlung beteiligte Haus- bzw. Kassenär- zte, die in der Regel von der Vorstellungspflicht Verletzter beim D-Arzt befreit sind), -Einrichtungen im sog. Beratungsfacharztver- fahren (dies sind meist Allgemeinärzte auf dem Land, die zugunsten eines Beratungsver- fahrens von der Vorstellungspflicht befreit sind), -außerdem sind von den BGen Einrichtungen be- stimmt, die über die weitere Behandlung bei besonderen Verletzungen entscheiden (Augen-, HNO- oder Schwerverletzte).
ärztliche Unfallver- sicherung	LVAen, BFA	Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung u. Wiederher- stellung der Erwerbsfä- higkeit der Versicherten; Betreuung der Rentner	fremde Einrichtungen (meist Kassenärzte), eine ambulan- te Eigeneinrichtung

Tab. 1 b:

Solidarge- meinschaften	Träger	ambulante Leistungen, die vom Träger finanziert wer- den	ambulante Einrichtung vom Träger Finanzen
(Staat)	Bundesverteidi- gungsministerium	unentgeltliche truppenärzt- liche Versorgung der Solda- ten	eigene Einrichtungen lenzen der Bundeswehr kenhäuser, Sanitäts- u. fremde
	Bundesamt für den Zivildienst	unentgeltliche Heilfürsorge der Zivildienstleistenden	zugelassene RVD-Kassen u. andere, die die Be- lungsscheine akzeptieren keine eigenen Einricht
	Bundesinnen- ministerium	unentgeltliche grenzschutz- ärztliche Versorgung der Polizeivollzugsbeamten im BGS	eigene Einrichtungen kenabteilungen) u. f
	Innenbehörden der Länder	unentgeltliche Heilfürsorge verschiedener Landesbedien- steter	eigene Einrichtungen tätsstellen, Kranken- ambulanzen) u. fremde
	Justizbehörden der Länder	unentgeltliche Heilfürsorge der Gefangenen	eigene Einrichtungen kenreviere) u. fremde
	Versorgungsdienst- stellen der Länder	unentgeltliche Heilbehand- lung Kriegsbeschädigter	eigene Einrichtungen pädagogische Versorgungs- u. fremde
	Hochschul- oder Gesundheitsbehör- den der Länder	Lehr- und Forschungsanteil an der ambulanten Betreu- ung durch medizinische Fachbereiche	Universitäts-Poliklini
	Gesundheitsbe- hörden der Länder oder der Kommunen	öffentlicher Gesundheits- dienst	Gesundheitsämter
	örtliche Träger der Sozialhilfe	Hilfe in besonderen Lebens- lagen bei bestehender sozi- alhilferechtlicher Bedürf- tigkeit	fremde Einrichtungen eigenen ambulanten Ei- tungen
	sonstige, z. B.: Bund, Länder (Zuschüsse an Max-Planck-Gesell- schaft)	Forschungsanteil an der ambulanten Betreuung durch Max-Planck-Institute	Max-Planck-Institut Psychiatrie in München Max-Planck-Institut physiologische und klinische Forschung Bad Nauheim
	Land Hessen (Zu- schüsse an DKD)	ungedeckter Anteil der ambu- lanten Betreuung durch die DKD	DKD Wiesbaden

Durch dies letzte Merkmal wird der Untersuchungsgegenstand daher abgegrenzt von werksärztlichen Diensten, den meisten Gesundheitsämtern und anderen ambulanten Einrichtungen, denen durch Rechtsvorschriften therapeutische Betreuungsleistungen verboten sind. - Außer^{dem} soll damit die Therapie im engeren Sinne, vor allem die medikamentöse, chirurgische und physikalische Therapie gemeint sein, während die bloße Beratung durch Gesundheitsämter, Sozialverwaltungen usw. als therapeutische Leistungen im weiteren Sinne wegen ihrer begrenzten Möglichkeiten und wegen der Definitionsschwierigkeit ausgeschlossen wird.

Betrachtet man die Geschichte der Prophylaxe und ihrer Integration in die kurative Betreuung, so wird die geringe Ausprägung dieses Merkmals verständlich. Zwar wurden schon früh Einrichtungen zur Prophylaxe mit mehreren Ärzten und öffentlicher Finanzierung gegründet, so 1899 die erste Tuberkulose-Poliklinik "als bedeutsames prophylaktisches Kampfmittel gegen die Lungentuberkulose" (Winter) ⁸. Aber bis vor wenigen Jahren wurde die prophylaktische Betreuung fast ausschließlich von derartigen Sondereinrichtungen, staatlichen Untersuchungsstellen, Gesundheitsämtern usw. durchgeführt. Erst seit 1967 die Mutterschaftsvorsorgeuntersuchungen und 1971 die Früherkennungsuntersuchungen Pflichtleistungen der GKV wurden und ihre Durchführung den KVen bzw. den Kassenärzten übertragen wurde, waren die ambulanten Einrichtungen in größerem Umfang sowohl zu therapeutischen als auch zu prophylaktischen Leistungen berechtigt.

Faßt man die Definitionsmerkmale der kooperativen ambulanten Einrichtungen zusammen, so handelt es sich dabei um ärztlich-kooperative, solidarisch-finanzierte, umfassend-medizinische ambulante Gesundheitseinrichtungen.

2.2. Erhebungsweise der kooperativen ambulanten Einrichtungen

Wie wurden nun die so definierten Einrichtungen in der Bundesrepublik und ihre Beschreibungen erhoben? In der Literatur gibt es zwar zahlreiche Überlegungen zu kooperativen ambulanten Einrichtungen, aber bisher keine Übersicht über die tatsächlich bestehenden, nicht einmal über ihre Namen oder auch nur ihre Zahl. Eine Literaturübersicht von Pfeffer-Küppers⁹, die dem Thema nach die kooperativen ambulanten Einrichtungen umfassen müßte ("Modelle rationeller-ärztlicher Leistungserbringung in der kassenärztlichen Versorgung"), beschreibt nur eine einzige kooperative ambulante Einrichtung, die DKD Wiesbaden; bestehende Gemeinschaftspraxen z. B. werden nicht beschrieben; Eigeneinrichtungen der Krankenkassen werden gar nicht erwähnt. Auch in den übrigen Arbeiten zu diesem Thema, z. B. der Untersuchung von Wolff¹⁰ oder der "gemeinschaftspraxis "73"¹¹, werden nur wenige kooperative ambulante Einrichtungen und meist ohne Abgrenzung von anderen ambulanten Einrichtungen beschrieben. Schließlich ließen auch die Literaturlisten des Instituts für Dokumentation und Information über Sozialmedizin und öffentliches Gesundheitswesen, des Deutschen Instituts für medizinische Information und Dokumentation sowie des Deutschen Krankenhausinstituts kein zutreffendes Material erkennen.

Nun boten sich noch zwei Quellen für die Materialerhebung an: die Solidargemeinschaften, die kooperative ambulante Einrichtungen finanzieren, und diese Einrichtungen selbst.

Dafür wurden die zuständigen Verwaltungen angeschrieben, die in der Tabelle 1 als Träger bezeichnet und im Quellenverzeichnis vollständig aufgelistet sind. Sie wurden nach dem Vorhandensein von kooperativen ambulanten Einrichtungen in ihrem Bereich entsprechend den obigen Definitionsmerkmalen gefragt und nach Beschreibungen dieser Einrichtungen (Zeitschriftenaufsätze, Vorträge, Jahresberichte usw.). Die Fragen wurden nach Möglichkeit mit Beispielen aus ihrem Bereich verdeutlicht und je nach Vorinformationen und erwarteter Auskunftsbereit-

2.2.
schaft ergänzt oder gekürzt; einige Fragen z. B. die nach der Höhe der ärztlichen Einkommen wurden gar nicht erst gestellt, um nicht die Beantwortung der übrigen Fragen zu gefährden. Dies war notwendig, um so viele Informationen wie möglich über den Untersuchungsgegenstand zu erhalten; ein Vergleich der Antworten nach den verschiedenen Verwaltungen war nicht beabsichtigt. Daher brauchten die Anfragen auch nicht gleichzeitig verschickt zu werden, vielmehr wurden sie aus technischen Gründen in mehreren Gruppen im Laufe der zweiten Hälfte des Jahres 1975 verschickt - größtenteils über die Abteilung für Medizinische Soziologie Marburg, einzelne auch privat.

Nach fehlenden Antworten wurde teilweise mehrmals nachgefragt. Schließlich sind 53 von 64 Anfragen der Medizinischen Soziologie und alle 9 privaten Anfragen beantwortet worden. Zusatzfragen zählen dabei nur extra, wenn sie unbeantwortet blieben. Da diese Umfragemethode ohnedies keine vollständige Erhebung der kooperativen ambulanten Einrichtungen erwarten ließ, wurden Nach- bzw. Zusatzfragen bei unklaren oder fehlenden Antworten nur gestellt, wenn wesentliche neue Informationen zu erwarten waren.

Bewertet man den Informationsgehalt der Antworten, so ist die Unkenntnis der meisten Verwaltungen über ihre kooperativen ambulanten Einrichtungen deutlich. Z. B. sah sich die KV Hamburg nicht in der Lage, die Zahl ihrer Gemeinschaftspraxen mit mehr als zwei Ärzten zu nennen; die KV Nordrhein mußte ihre zwölf Abrechnungsstellen um Auskunft bitten; der Bundesverband der Ortskrankenkassen konnte die eigene Einrichtungen der Ortskrankenkassen (mit Ausnahme der AOK-Zahnkliniken) nicht mitteilen; der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger behauptete unzutreffenderweise, die LVAen unterhielten keine ambulanten Einrichtungen (s. 59). Diese Unkenntnis der verantwortlichen Verwaltungen über wichtige eigene Angelegenheiten ist bemerkenswert.

Die zweite Quelle für die Materialerhebung, die kooperativen ambulanten Einrichtungen selbst wurden durch die Antworten der Verwaltungen oder auf andere Weise bekannt.

Soweit wesentliche Informationen zu erwarten waren, wurden sie in dem gleichen Verfahren wie die Verwaltungen angeschrieben. 12 von 32 privaten Anfragen und eine von zwei der Medizinischen Soziologie wurden beantwortet. Die geringere Antwortrate könnte durch das Fehlen zuständigen Personals zur Beantwortung derartiger Anfragen erklärt werden. Im Vergleich zur ersten Gruppe waren die Antworten allerdings informationsreicher; darüberhinaus wurden häufig Einladungen zum Besuch der jeweiligen Einrichtung ausgesprochen. Das Interesse der Einrichtungen, das in den Antworten und bei Besuchen zu erkennen war, läßt die Unkenntnis verantwortlicher Verwaltungen als vor allem selbstverschuldet erscheinen.

2.3. Beurteilungswaise der kooperativen ambulanten Einrichtungen

2.3.

Spätestens bei den ersten unklaren Antworten auf die Umfrage stellte sich das Problem, ob diese unklaren Sachverhalte für die Beschreibung und die Bewertung der Einrichtungen wesentliche und daher zu klären seien oder nicht. Dazu waren die einleitend erwähnten Kriterien - die Bedeutung der Kooperation für die Patienten bzw. Beitragszahler und für das Personal dieser Einrichtungen - auszuarbeiten und für die Beschreibung und die vergleichende Bewertung zu nutzbaren Maßstäben zu entwickeln. Die Bedeutung für die Patienten bzw. Beitragszahler, verstanden als die Qualität und Quantität der medizinischen Betreuung und ihr Verhältnis zum Aufwand, soll hier unter dem Begriff der "bedarfsgerechten medizinischen Betreuung" zusammengefaßt werden, die Bedeutung für das Personal unter dem Begriff der "befriedigenden Arbeitsbedingungen". Diese Begriffe sind im Vergleich zu den obigen Definitionsmerkmalen der kooperativen ambulanten Einrichtungen weniger unumstritten in der wissenschaftlichen Diskussion und daher schwieriger zu entwickeln; darüberhinaus liegt es in ihrer Aufgabe als Maßstäbe, daß mehrere Grade deutlich gemacht werden müssen; und es liegt in ihrem Inhalt, daß zahlreiche Maßstäbe für eine Bewertung herangezogen werden müssen.

Unter "medizinischer Betreuung" soll hier - in Übereinstimmung mit dem ersten Definitionsmerkmal der kooperativen ambulanten Einrichtungen oben - das Einwirken des Personals auf Patienten im Rahmen von Gesundheitseinrichtungen mit den Zielen der Prophylaxe, der Diagnostik und Therapie oder der Rehabilitation verstanden werden. Der "Bedarf" an medizinischer Betreuung läßt sich am klarsten in Abgrenzung von zwei verwandten Begriffen, dem "(objektiven) Erfordernis" und dem "Bedürfnis" definieren ¹².

"Unter dem objektiven Erfordernis an medizinischer Betreuung verstehen wir jenen notwendigen gesellschaftlichen Arbeitsaufwand, der den Widerspruch zwischen der gegebenen gesundheitlichen Situation der Bevölkerung und dem jeweiligen Entwicklungsstand der Wissenschaft nach möglichen Gesundheitszustand dieser Bevölkerung aufheben kann. ... Es gibt heute kein Land der Welt, das dem objektiven Erfordernis Genüge tun und den Widerspruch zwischen realem und möglichem Gesundheitszustand für einen gegebenen Zeitraum beseitigen kann."¹³

Unter den (gesellschaftlichen und den individuellen) Bedürfnissen soll jener Teil des Erfordernisses verstanden werden, der der Gesellschaft bzw. dem Einzelnen bewußt und als ideelle Handlungstriebkraft verinnerlicht ist.

Unter dem Bedarf soll jener Teil des Erfordernisses verstanden werden, den die jeweilige Gesellschaft befriedigen kann. Er ist neben dem realen und dem wissenschaftlich möglichen Gesundheitszustand vor allem auch abhängig vom natürlichen und gesellschaftlichen Reichtum sowie von den sozialen Verhältnissen dieser Gesellschaft. In dieser Untersuchung soll daher unter "bedarfsgerechter medizinischer Betreuung" die Gesamtheit der prophylaktischen, diagnostischen und therapeutischen sowie rehabilitativen Leistungen verstanden werden, die den realen Gesundheitszustand der Bevölkerung dem wissenschaftlich möglichen soweit annähern, wie es der Reichtum dieser Gesellschaft ermöglicht; ihre sozialen Verhältnisse fördern oder hindern diese Annäherung.

Um diese Begriffe gibt es eine lebhafte, vor allem anglo-amerikanische wissenschaftliche Diskussion, die noch nicht zu so exakten Maßstäben geführt hat, wie es nach der Darstellung oben scheinen mag. Wesentlich für das Folgende ist, daß es sich bei der "bedarfsgerechten medizinischen Betreuung" vor allem und zuerst um eine ökonomische Kategorie auf gesamtgesellschaftlicher Ebene handelt.

Wie läßt sich nun bestimmen, auf welcher Stufe der Bedarfsdeckung sich eine medizinische Betreuung befindet? Zur Messung aller gesundheits- (bzw. krankheits-) wirk-samen Leistungen einer Gesellschaft werden häufig die Erhöhung der Lebenserwartung, die Abnahme der Säuglings- und Müttersterblichkeit oder die Abnahme der Frühinvalidität sowie ihre Stellung im internationalen Vergleich benutzt, zur Messung des Aufwandes häufig der Anteil des Gesundheits- (und des Sozial-)wesens am Bruttosozialprodukt. Allerdings besteht in der Bundesrepublik über den gegenwärtigen Bedarf keine Einigkeit. Daher läßt sich auch nicht ohne weiteres bestimmen, ob eine einzelne Gesundheitseinrichtung mehr als heute bezahlbar aufwendet oder wieviel zuwenig. Sie kann nur in ihrem Verhältnis zu anderen Gesundheitseinrichtungen auf der Stufenleiter einer bedarfsgerechten medizinischen Betreuung bewertet werden.

Und auch diese Beurteilung muß relativ grob bleiben, da in der Literatur eine ganze Anzahl von Kennziffern und Angaben bekannt sind, über die ebenfalls keine Einigkeit besteht und die für kooperative ambulante Einrichtungen nur zum geringen Teil benutzt werden.

Zur Beurteilung der Leistungsqualität kooperativer ambulanter Einrichtungen sind nur wenige Kennziffern bekannt, z. B. Länge der Wartezeiten und ihre Unterschiede nach sozialen Gruppen, Zahl der Krankenhaustage vor und nach der Betreuung im Vergleich zu einer unbehandelten Bevölkerungsgruppe. Angesichts dieser Schwierigkeiten wurden auch Angaben über Personal, Ausstattung und Organisation ambulanter Einrichtungen benutzt, um wenigstens die mögliche Qualität der Leistungen zu beurteilen: Zahl, Qualifikation, Bezahlungsform und Arbeitszeit des Personals, die Zahl der medizinischen Fachrichtungen einer Einrichtung, Breite und Leistungsfähigkeit der Geräteausstattung, Standort und Finanzierungsform der Einrichtung.

Über die Frage, welche Bezahlungsform des Personals und welche Finanzierungsform der Einrichtung bedarfsgerechter ist, bestehen verschiedene Ansichten. Grundformen der Bezahlung sind der Zeit- und der Stücklohn; obwohl es in der medizinischen Betreuung um Menschen geht und nicht um "Stücke", können Einzelleistungs-, Fall- und Kopfvergütungen als Formen des "Stücklohns" in der medizinischen Betreuung bezeichnet werden. Da die Form der Bezahlung bestimmte Leistungen fördern kann, sind Lohnformen optimal, die sich an bedarfsgerechten Betreuungsleistungen orientieren. Mit Rosenberg¹⁴ u. v. a. soll die Förderung bloßer Leistungsvermehrung und damit der reine Stücklohn negativ bewertet werden. Solange optimalere Bezahlungsformen noch nicht bekannt sind, erscheint der Zeitlohn mit Qualifikations- und Funktionszulagen o. ä. bedarfsgerechter.

Die Finanzierungsformen der Einrichtungen sind noch unentwickelter. Auch hier soll die Förderung bloßer Leistungsvermehrung und damit die Einzelleistungsvergütung u. ä. negativ bewertet werden. Da keine am Bedarf orientierten Finanzierungsformen bekannt sind, erscheint die Finanzierung nach Haushaltsplänen und Kostenpauschalen bedarfsgerechter - in der Annahme, daß bei deren Ausarbeitung Leistungsquantität und -qualität der jeweiligen Einrichtung eher berücksichtigt werden können.

Zur Beurteilung der Leistungsquantität kooperativer ambulanter Einrichtungen werden eine Reihe von Kennziffern benutzt, z. B. Zahl der Behandlungsfälle¹⁵, Zahl und Art der abgerechneten Leistungen, Umsatz einer Einrichtung.

Das Verhältnis von Leistung und Aufwand hat durch die gegenwärtige Diskussion um die sog. "Kostenexplosion im Gesundheitswesen" zusätzliche Bedeutung gewonnen. Dabei wird allerdings unter Leistung und Aufwand je nach Interessenlage Verschiedenes verstanden: Kosten nur der jeweiligen Einrichtung oder auch abgewälzte Kosten

auf bzw. eingesparte Kosten für Patienten, Krankenhäuser, Rentenversicherung usw. ; Leistung als Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung oder bestimmter Gruppen, als gewinnbringender Verbrauch von Arzneimitteln und Geräten usw. In dieser Untersuchung sollen unter Leistung und Aufwand die bedarfsgerechte medizinische Betreuung der ganzen Bevölkerung und diejenigen Kosten verstanden werden, die in der ganzen Bevölkerung durch die medizinische Betreuung entstehen einschließlich der auf benachbarte Bereiche abgewälzten Kosten.

Wie schon oben erwähnt besteht in der Bundesrepublik keine Einigkeit über den gegenwärtig bedarfsgerechten Aufwand auf gesellschaftlicher Ebene und damit auch nicht über den auf der Ebene einzelner Einrichtungen. Daher muß sich wie bei der Leistung eine Bewertung des Verhältnisses von Leistung und Aufwand auf einen Vergleich der einzelnen Einrichtungen untereinander beschränken. Nach der oben erwähnten "möglichen Leistungsqualität" kann es sich auch hier nur um eine "mögliche Effizienz" handeln, die wiederum durch eine ganze Anzahl von Kennziffern und Angaben beurteilt werden muß. In der Literatur werden dafür benutzt: Behandlungsfälle je Arzt, nichtärztliches Personal je Arzt, Auslastungsgrad der Geräte u. a. Mit Wolff soll für kooperative Einrichtungen auch die Differenziertheit der Leistungsstruktur als Effizienzkriterium benutzt werden, da "eine klare Kompetenz- und Funktionsabsprache ... auch bei kleinen Gruppen von Vorteil wäre, gleichgültig, ob eine solche Regelung formell oder informell existiert." 16

Das zweite Kriterium der Beurteilung, die befriedigenden Arbeitsbedingungen des Personals der Einrichtungen stehen weniger in der gesundheitspolitischen Diskussion, allenfalls in ihrer verstümmelten Form der Ärzteeinkommen. So waren auch nur wenige Angaben darüber in den Beschreibungen kooperativer ambulanter Einrichtungen zu erwarten und zu finden. Da aber mit der Zahl kooperativer Einrichtungen gerade auch dieser Aspekt an Bedeutung gewinnen wird, soll er hier ausführlicher entwickelt werden.

Unter "Arbeitsbedingungen" läßt sich die Gesamtheit derjenigen Bedingungen verstehen, die das Zusammenwirken der Elemente des Arbeitsprozesses (Arbeitskräfte, -mittel und -gegenstände) beeinflussen. Aufgrund der Beschränkung des Untersuchungsgegenstandes auf die einzelnen Einrichtungen werden nur die betrieblichen, nicht die außerbetrieblichen Bedingungen berücksichtigt. Unter "befriedigenden Arbeitsbedingungen" sollen Bedingungen verstanden werden, die zu einer sinnvollen, mit menschlichem Kontakt verbundenen und erkenntnisreichen Arbeit führen und daher beim Personal ein Gefühl der Befriedigung durch diese Arbeit erwarten lassen.

Wie schon bei der Leistung und dem Aufwand sind zur Beurteilung der Arbeitsbedingungen zahlreiche Kennziffern und Angaben notwendig wegen der vielen Einflüsse auf den Arbeitsprozeß. Die Einkommenshöhe ist zwar eine wichtige Bedingung, die die sinnvolle und damit auch finanziell anerkannte Seite der Arbeit ausdrücken kann, aber sie ist keinesfalls die alleinige oder immer die alles beherrschende Bedingung. Weitere Bedingungen sind z. B. die Einkommensform, die Sicherheit des Arbeitsplatzes und des Einkommens (auch bei Krankheit, Urlaub u. ä.), die Ausbildung, die Arbeitszeiten und -pausen, die gemeinschaftliche Arbeit bzw. die Zahl der Arbeitskollegen, die Mitbestimmung, betriebliche Sozial- und Kultureinrichtungen, interessante und arbeitserleichternde Technik, Kontakt zu Patienten, Betreuungserfolge, vielseitige, erkenntnisreiche Aufgaben.

Diese Beurteilungsmaßstäbe sind zwar auf den ersten Blick einleuchtend, aber empirische Untersuchungen über die tatsächliche Arbeitsbefriedigung und ihren Zusammenhang mit den Arbeitsbedingungen einer ambulanten Einrichtung sind nicht bekannt. ¹⁷

2.

"Medizinische Betreuung" und "Arbeitsbedingungen" stehen untereinander und mit weiteren zugehörigen Sachverhalten in einem Zusammenhang; sie fördern oder hemmen sich gegenseitig. So, wie sie als Beurteilungsmaßstäbe hier definiert wurden, fördern sie sich im Allgemeinen, - wenn auch unter nachteiligen Umständen zeitweise und in einzelnen Fällen Hemmungen denkbar sind. Deppe nennt ein Beispiel für dieses positive Wechselverhältnis:

"Ich meine, es wäre zu überlegen, ob nicht mehr als bisher auch an den unmittelbaren und gemeinsamen Bedürfnissen der niedergelassenen Ärzte und der Gewerkschaften angesetzt werden müßte. Dies ist erstens eine gute Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und zweitens gute ärztliche Arbeitsbedingungen. Man sollte also gegenüber der Polemik der Standesorganisationen von vornherein klarmachen, daß Polikliniken und Ambulatorien zunächst dort einzurichten sind, wo die gesundheitliche Versorgung nicht mehr sichergestellt ist. Dabei könnten die Polikliniken und Ambulatorien dem niedergelassenen Arzt insbesondere bei belastenden aber notwendigen Arbeiten behilflich sein: wie bei der Versorgung von Problempatienten oder der Unterstützung im Nacht-, Feiertags- und Notdienst, es könnten weiter Urlaubsvertretungen sowie Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten organisiert werden."¹⁸

Aufgrund dieses Wechselverhältnisses lassen sich die vergleichbaren Sachverhalte der Einrichtungen jeweils sowohl nach einer bedarfsgerechten medizinischen Betreuung als auch nach befriedigenden Arbeitsbedingungen beurteilen; dabei kann ein Maßstab in direkterer Beziehung zu dem Sachverhalt stehen als der andere und daher ausführlicher oder ausschließlich benutzt werden.

3. Ergebnisse der Untersuchung

3.1. Gliederung der kooperativen ambulanten Einrichtungen

Eine Gliederung der kooperativen ambulanten Einrichtungen sollte sie nach wesentlichen ihrer Eigenschaften unterscheiden. Wegen der Lückenhaftigkeit der erhobenen Beschreibungen sind wesentliche Eigenschaften bisher nicht eindeutig zu bestimmen. Andererseits macht eine einleuchtende Reihenfolge der Beschreibungen die Darstellung leichter als eine willkürliche, z. B. eine alphabetische. Daher sollen aus zwei häufigen Einteilungen der ambulanten Einrichtungen in der wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Diskussion Gliederungsmerkmale für kooperative ambulante Einrichtungen entwickelt und für die Reihenfolge der Beschreibungen benutzt werden. Die Frage, wieweit diese Merkmale wesentliche Eigenschaften dieser Einrichtungen widerspiegeln, wird im Schlußteil des 3. Kapitels diskutiert.

Eine häufige Gliederung in der ärztlichen Standespresse und in den ihr nahestehenden wissenschaftlichen Arbeiten¹⁹ ist die Unterscheidung von "freiberuflichen" Einrichtungen einerseits und "sozialisierten" andererseits. Z. B. benutzte sie Kreienberg in dem Einleitungsreferat zu dem Tagesordnungspunkt des 71. Deutschen Ärztetages, der schließlich die Genehmigungspflicht für Gemeinschaftspraxen aufhob: die ersteren seien die "Gruppenpraxen", definiert als der Zusammenschluß mehrerer Ärzte zum Zweck der gemeinsamen ärztlichen Berufsausübung, letztere seien die "Ambulatorien von Krankenhäusern, Krankenkassen, Versicherungsanstalten, Industriebetrieben, Gewerkschaften und anderen Institutionen".²⁰

Auf den ersten Blick ist hier das Gliederungsmerkmal der Eigentümer der Einrichtung, allerdings unter dem verengten Blickwinkel "ärztliche oder nichtärztliche Eigentümer". Tatsächlich wird hier also nach der Berufsstellung²¹ der Ärzte unterschieden: unabhängige oder abhängige (beamtete, angestellte usw.) Berufsstellung. Dabei wird die Unterschiedlichkeit von "Industriebetrieben, Gewerkschaften" usw. als Eigentümer, die unterschiedlichen Ziele der Eigentümer in diesen Einrichtungen und deren Folgen für die medizinische Betreuung, den Aufwand und die Arbeitsbedingungen nicht berücksichtigt. Zusammenfassend ist zu sagen, daß die Frage nach dem Eigentümer einen auch theoretisch grundlegenden Sachverhalt trifft, der aber für die "sozialisierten" Einrichtungen weiter differenziert werden muß, wie es ja für die stationären Einrichtungen schon üblich ist.

Eine häufige Gliederung in gewerkschaftlich orientierten Arbeiten ist diejenige, die Deppe wiederholt benutzt hat²¹. Er unterscheidet das "gewerbliche", das "standespolitische" und das "staatliche Modell". Die gewerblichen Modelle seien Einrichtungen, denen es "um die optimale Verwertung von privaten Vermögen" gehe, z. B. die verschiedenen Diagnostikzentren, die es 1972 gab. Zum standespolitischen Modell schlossen sich unter dem wirtschaftlichen oder gesundheitspolitischen Druck zunehmend Ärzte in eigenen Einrichtungen zusammen, z. B. zu Apparate- und Praxisgemeinschaften und Gemeinschaftspraxen (entspricht z. T. den "freiberuflichen" Einrichtungen nach Kreienberg). Ein staatliches Modell sei z. B. das Medizinisch-Technische Zentrum, eine Gemeinschaftseinrichtung von Sozialversicherungsträgern, KVen und Krankenhäusern, die der DGB vorschlug, um die Effizienz der medizinischen Betreuung ohne gewerbliche Formen zu steigern.

Diese Gliederung richtet sich wiederum nach dem Eigentümer, - allerdings nicht konsequent, denn als Eigentümer des MTZ's werden nicht nur der Staat, sondern auch öffentlich-rechtliche Körperschaften und andere genannt. Zum zweiten sind die "sozialisierten" Einrichtungen zwar nach "gewerblichen" und "staatlichen" weiter differenziert; es fehlen aber noch die gemeinnützigen Einrichtungen, die im Krankenhausbereich üblicherweise unterschieden werden und auch im ambulanten Bereich vorkommen²³. Zum dritten kommt in dieser Gliederung nicht die im Text betonte enge Beziehung von standespolitischem und gewerblichem Modell zum Ausdruck; sie ließe sich z. B. durch eine gemeinsame Obergruppe "private Einrichtungen" verdeutlichen.

Welche Merkmale des jeweiligen Eigentümers eignen sich nun zur Gliederung der Einrichtungen nach privaten, freiberuflichen, gemeinnützigen usw.? In dieser Untersuchung soll sein rechtlicher Charakter dazu dienen, da er bei der Umfrage relativ leicht zu erheben war.

Der Eigentümer einer Einrichtung ist diejenige Person, die zum grundsätzlich uneingeschränkten Herrschaftsrecht über sie berechtigt ist und über sie nach Belieben verfügen und andere von jeder Einwirkung ausschließen kann. Der Eigentümer kann einer anderen Person (aufgrund eines bestimmten Rechtsverhältnisses, z. B. Miete) die unmittelbare Sachherrschaft überlassen; in diesem Fall bestimmt diese Person, der sog. Besitzer den rechtlichen Charakter der Einrichtung und damit ihren Platz in der Gliederung. Das Eigentums- bzw. Besitzerrecht an einer Einrichtung umfaßt auch das an den Leistungen der Einrichtung bzw. bei persönlichen Dienstleistungen wie der medizinischen Betreuung auch das Eigentumsrecht an deren Bezahlung. In dieser Untersuchung soll unter dem Eigentümer diejenige (natürliche oder juristische) Person verstanden werden, die das Recht auf die Finanzen für die medizinische Betreuung und deren weitere Verteilung hat.

Entsprechend den beiden großen Rechtsgebieten - Privatrecht und öffentliches Recht - sollen die privaten Einrichtungen von den öffentlichen unterschieden werden.

Die privaten Einrichtungen sollen in drei Untergruppen gegliedert werden:

- die freiberuflichen Einrichtungen: Freiberufler sind von der Mehrwert- und Gewerbesteuer befreit, sie unterliegen nur dem Bürgerlichen Recht,
- die gewerblichen Einrichtungen: Diese Einrichtungen zahlen Mehrwert- und Gewerbesteuer, ihre juristische Form wird durch das Wirtschafts- und Handelsrecht bestimmt,
- die gemeinnützigen Einrichtungen: sie sind aufgrund ihrer ausschließlich und unmittelbar gemeinnützigen Ziele von Mehrwert-, Gewerbe- und Körperschaftssteuer befreit.

Die öffentlichen Einrichtungen unterliegen dem öffentlichen Recht. Dabei sollen die Einrichtungen der Sozialversicherungsträger von den übrigen öffentlichen, meist staatlichen Einrichtungen unterschieden werden, um ihrer Sonderstellung zu entsprechen: sie sind öffentlich-rechtliche Körperschaften, die nur der mittelbaren Staatsaufsicht unterliegen und - in der Regel - je zur Hälfte von Arbeitgeber- und Versichertenvertretern verwaltet werden.

Diese Gliederung ist bei tatsächlich einheitlichen, rechtlich aber verschiedenartigen Einrichtungen nicht eindeutig. Dies soll erläutert werden anhand der Abbildung, die vom Knappschafts-Krankenhaus Dortmund als Antwort auf die Umfrage geschickt wurde (Abb. 1). Rechtlich sind die Kassen- und die Privatambulanz freiberufliche Einrichtungen, weil hier der Chefarzt als Eigentümer gilt und das Recht auf die Finanzen (von denen er in der Regel gewisse Sach- bzw. Mietkosten abzuführen hat) hat.

Eigentümer der Knappschaftsambulanz ist der Krankenhausträger, die Knappschaft selbst, weil sie das Recht auf die Finanzen ("Vollkosten") hat. Diese Unterschiede mögen bedeutende Auswirkungen auf haftungsrechtliche und andere Fragen haben, für die Kooperation scheinen die Unterschiede weniger bedeutend, wie die Bemerkung "Die angestellten Krankenhausärzte üben den (!) Ambulanzdienst nach vorheriger Dienst-einteilung (aus)" andeutet; tatsächlich scheint es sich also um eine Einrichtung eines Sozialversicherungsträgers zu handeln, deren rechtlicher Charakter aber uneinheitlich ist. - Auch bei einigen anderen Einrichtungen, z. B. bei der Ambulanz des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke ist ihr tatsächlicher Charakter und damit ihre Zuordnung erst auf den zweiten Blick deutlich.

Darüberhinaus kann die Abbildung auch die Kompliziertheit der Finanzierung veranschaulichen, die in keinem erkennbaren Zusammenhang mit einer bedarfsgerechten medizinischen Betreuung steht.

Art der Amblyopie

Art der Kosten	Produkt	Produktionsmenge	Produktionskosten
fixe Kosten	Produkt A	1000	1000
	Produkt B	2000	2000
variable Kosten	Produkt A	1000	1000
	Produkt B	2000	2000

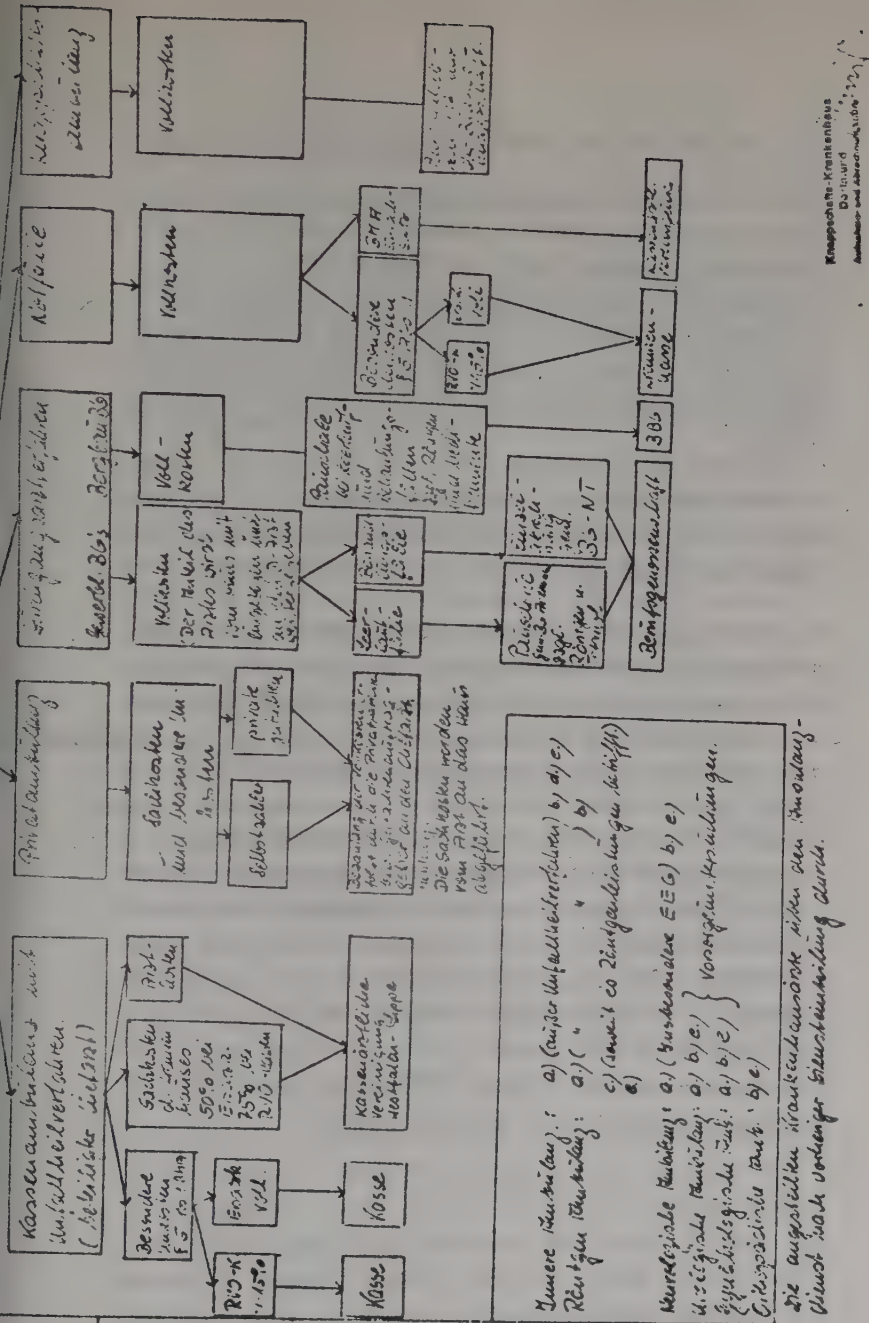


Abb. 1: Ambulanz des Knappschaftskrankenhauses
Dortmund (Antwort auf die Umfrage)

Knappechte-Krankenhäuser
D. u. d. d.
Krankheiten und deren Behandlung

3.2. Beschreibung der kooperativen ambulanten Einrichtungen

Für die Beschreibung sind die Beurteilungsmaßstäbe zu sechs Bereichen zusammengefaßt (Geschichte, Personal, Leitung, Ausstattung, Patienten und Leistungen, Finanzierung), um ein möglichst zusammenhängendes Bild von der jeweiligen Einrichtung zu geben. Die Gliederungs- und Definitionsmerkmale werden nur dann gesondert dargestellt, wenn die Zuordnung aus der Beschreibung sonst nicht eindeutig hervorgehen würde.

An dieser Stelle ist eine Gruppe von kooperativen ambulanten Einrichtungen zu erwähnen, die zwar nachgewiesen, aber nicht zugeordnet werden konnte, weil weitere Angaben fehlen.

Es handelt sich dabei um Krankenhäuser, die Patienten ohne kassenärztliche Beteiligung oder Ermächtigung bzw. darüber hinaus ambulant betreuen. So erwähnt der Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik die sog. "graue Ambulanz" die "gesetzlich nicht abgesicherte und finanziell nicht vergütete Nachbehandlung durch Ärzte der psychiatrischen Krankenhäuser"²⁴. Aber auch an anderen Krankenhäusern werden z. B. chronisch Kranke regelmäßig ambulant untersucht und gegebenenfalls deren medikamentöse Therapie geändert oder werden Risikoschwangere, die zu Untersuchungen entsprechend einer Ermächtigung überwiesen werden, weitergehend betreut und wiederholt ambulant bestellt. Derartige Ambulanzen dürfen überhaupt den größten Anteil aller kooperativen ambulanten Einrichtungen bilden. Aufgrund ihrer rechtlichen Stellung waren aber Beschreibungen nicht zu erheben.

3.2.1. Private Einrichtungen

3.2.1.1.

3.2.1.1. Freiberufliche Einrichtungen

Es gibt zwei Grundformen freiberuflicher kooperativer ambulanter Einrichtungen: die Gemeinschaftspraxen und andere freiberufliche Einrichtungen mit mehr als zwei Ärzten, hier sind die ärztlichen Eigentümer hauptberuflich in ihrer Einrichtung tätig; und die Einrichtungen, in denen die ärztlichen Eigentümer (bzw. Besitzer) nebenberuflich tätig sind, insbesondere die Krankenhausambulanzen beteiligter oder ermächtigter Ärzte, soweit nicht die Einnahmen aus der ambulanten Betreuung an den Krankenhauseigentümer abgetreten wurden (z. B. Krankenhaus Herdecke, s. Gemeinnützige Einrichtungen). Einzelnen niedergelassenen Kassenärzten ist durch die Zulassungsordnung nur die Beschäftigung eines Assistenten (und dies auch nur unter besonderen Bedingungen) erlaubt, so daß ihre Einrichtungen in der Regel nicht zu den kooperativen ambulanten Einrichtungen zählen.

Die Gemeinschaftspraxen sind ihrer Rechtsform nach Gesellschaften bürgerlichen Rechts, deren Gesellschafter dort tätige Ärzte sind; sie zählen zu den freiberuflichen Einrichtungen. Ein Teil der Gemeinschaftspraxen hat mehr als zwei Ärzte, ist zur kassenärztlichen Versorgung zugelassen, also von Krankenkassen auch finanziert und zur Therapie berechtigt; für diesen Teil treffen die Definitionsmerkmale der kooperativen ambulanten Einrichtung zu.

Die Zahl der Gemeinschaftspraxen mit mehr als zwei Ärzten ist nicht bekannt. Nach einer Übersicht der KBV über alle Gemeinschaftspraxen vom 31. 12. 1974 gibt es in den KVen Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Rheinhessen, Pfalz, Nordbaden, Nord-Württemberg, Süd-Württemberg, Nordrhein, Hessen, Hamburg und Bayern Gemeinschaftspraxen mit mehr als zwei Ärzten. Auf eine Umfrage bei diesen KVen hin

wurden 21 Gemeinschaftspraxen mit mehr als zwei Ärzten mitgeteilt, die KVen Hamburg und Bayern machten keine Angaben. Einige neue Gemeinschaftspraxen mit mehr als zwei Ärzten wurden im Laufe des Jahres 1975 gegründet; einige bestehende wurden erweitert; sie wurden hier nicht mehr mitgezählt.

Bei diesen Praxen handelt es sich fast ausschließlich um Gemeinschaftspraxen mit drei Ärzten. Es konnten zwei Untersuchungen über Gemeinschaftspraxen erhoben werden:

- Gemeinschaftspraxis '73, Hreg. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland und
- Max Wolff: Die Gruppenpraxis.

In beiden Untersuchungen lassen sich die Gemeinschaftspraxen mit mehr als zwei Ärzten nicht von den übrigen, teilweise auch nicht von Praxiogemeinschaften trennen. Weil geeignetere Beschreibungen fehlen, sollen sie trotzdem referiert werden.

Geschichte

Gemeinschaftspraxen waren von 1937 bis 1959 durch die Berufsordnung verboten. Es hatte schon vor 1937 Gemeinschaftspraxen gegeben; nach 1959 konnten sie in Ausnahmefällen genehmigt werden, seit 1968 sind sie nur noch anzeigepflichtig. Seitdem stieg die Zahl der Gemeinschaftspraxen stark an - nach der schon zitierten Übersicht der KBV auf 1158 am 31. 12. 1974 in der ganzen Bundesrepublik.

Personal:

In einer Gemeinschaftspraxis arbeiten in der Regel zwei Ärzte, in 64,8 % (1973) bzw. 61,2 % (1974) sind sie miteinander verwandt oder verheiratet²⁵. Die Fachrichtungen entsprechen etwa der Verteilung bei Einzelpraxen, die stärkste Abweichung unter diesen Anteil findet sich bei der

Allgemeinmedizin, die stärkste darüber bei der Radiologie und der Inneren Medizin ²⁶. Fachübergreifende Praxen sind bis auf eine einzige Ausnahme (eine allgemeinärztliche/internistische Gemeinschaftspraxis in Duisburg ²⁷) nicht bekannt. Eine fachliche Arbeitsteilung zwischen den Ärzten einer Gemeinschaftspraxis findet in 12,7 % der Praxen statt ²⁸. Jeder Arzt in allgemeinmedizinischen Gemeinschaftspraxen wendet durchschnittlich 40 Stunden in der Woche für Sprechstunden und Besuche auf, in fachärztlichen durchschnittlich 34,5 Stunden ²⁹.

Außerdem sind in Gemeinschaftspraxen vor allem Sprechstundenhilfen, seltener auch Medizinisch-technische Assistentinnen, Krankenschwestern und anderes qualifiziertes und unqualifiziertes Personal beschäftigt ³⁰. In allgemeinärztlichen Gemeinschaftspraxen beträgt die Zahl des nicht-ärztlichen Personals je Allgemeinarzt durchschnittlich 3,63 ³¹.

Über betriebliche Sozial- und Kultureinrichtungen sowie über Mitbestimmungsorgane ist nichts bekannt.

Leitung

Untersuchungen über die Leitungsstruktur in Gemeinschaftspraxen mit mehr als zwei Ärzten sind nicht bekannt. Nach der Untersuchung, die auch die Partnerschaften und einige Praxisgemeinschaften umfaßt, gibt es in 14,5 % dieser Praxen eine Regelung der Leitungsfunktionen ("Leitung und Führung", "Verwaltung (einschließlich Personalverwaltung)") ³². Trotzdem werden zahlreiche Leistungen gemeinsam durchgeführt, die meist mit Hilfe des nichtärztlichen Personals erbracht werden: Empfang der Patienten, Vorbestellung der Patienten, Karteiführung, Medizinische Dokumentation, Buchhaltung, Mahnwesen/Inkasso, Interne Abrechnung, Abrechnung mit Privatkassen und KV in jeweils 83,1 - 98,6 % der Praxen mit schriftlich fixiertem Vertragsverhältnis, bei mündlichen Verträgen ist der Anteil wesentlich niedriger ³³.

Ausstattung

Die Gemeinschaftspraxen sind mit zahlreichen und vielfältigen Geräten ausgestattet: von Labor-, physikalisch-technischen- und endoskopischen Geräten über Bäder- und Massageausstattungen bis zu nuklearmedizinischen Apparaten und Gasanalysatoren. 62,5 % haben mindestens 1 EKG, 39 % eine Röntgeneinrichtung³⁴.

Patienten und Leistungen

Die Gemeinschaftspraxen können von Kassen- und Privatpatienten in Anspruch genommen werden, ihr jeweiliger Anteil ist nicht bekannt. In einer allgemeinärztlichen Gemeinschaftspraxis werden durchschnittlich 1700, in einer fachärztlichen 1807 Behandlungsfälle pro Quartal abgerechnet³⁵. In 88,1 % der Gemeinschaftspraxen werden eine oder mehrere Früherkennungsuntersuchungen durchgeführt³⁶. Die durchschnittliche Wartezeit der Patienten in allgemeinärztlichen Gemeinschaftspraxen beträgt 39 Minuten, in fachärztlichen 35 Minuten nach Angaben der Ärzte³⁷.

Finanzierung

Die Gemeinschaftspraxen rechnen gegenüber den Patienten bzw. den KVen gemeinsam ab. Die Bezahlung der abgerechneten Leistungen für RVO-Kassenpatienten erfolgt nach abgerechneten Einzelleistungen mit anschließender Quotierung entsprechend dem sog. Honoratverteilungsmaßstab (HVM). Die KVen beschließen diesen HVM, den Verteilungsplan für die Gesamtvergütung, da sie von den Kassen für die ambulanten ärztlichen Leistungen erhalten; sämtliche HVM lehnen sich an die amtliche Gebührenordnung (GOÄ) an³⁸.

Die Bezahlung für Ersatzkassenpatienten erfolgt ausschließlich nach den abgerechneten Einzelleistungen, die für Privatpatienten nach den ein- bis sechsfachen Sätzen der GOÄ, soweit nichts anderes vereinbart wurde.

Die gemeinsamen Einkünfte werden unter den Ärzten in der Regel zu gleichen Teilen aufgeteilt ³⁹.

3.2.1.

Außer den Gemeinschaftspraxen mit drei Ärzten konnten für die Zeit bis Ende 1974 nur zwei mit vier und keine mit noch mehr Ärzten erhoben werden. Beide Praxen vergrößerten sich 1975 auf fünf Ärzte. Dabei handelt es sich um eine gynäkologische Gemeinschaftspraxis in Kassel und eine Praxis in der Nähe von Bremen, die besucht wurde und hier näher beschrieben werden soll.

Geschichte

1972 trat ein Arztehepaar in die bestehende Gemeinschaftspraxis einer ihrer Eltern ein. 1975 kam eine weitere, nicht verwandte Ärztin hinzu. Es handelt sich um eine Landpraxis, allerdings nur zwei Kilometer außerhalb einer Großstadt.

Personal

In der Praxis sind fünf Ärzte als Allgemeinärzte tätig. Eine Ärztin hat auch die Anerkennung als Kinderfachärztin, eine andere hatte eine chirurgische Weiterbildungszeit fast beendet. Zwischen ihnen findet eine gewisse Arbeitsteilung statt (z. B. Hausbesuche/Sprechstunden, Erwachsene/Kinder, Befunde diagnostischer Untersuchungen). Alle fünf sind die Gesellschafter der BGB-Eigentümergeinschaft; sie beziehen "das durchschnittliche Einkommen niedergelassener Ärzte". Gelegentlich ist auch ein Assistenzarzt beschäftigt.

Als nichtärztliches Personal sind 23 ausgebildete Kräfte (davon 10 in Teilzeitarbeit) und 7 Lehrlinge angestellt, Reinigungspersonal nicht mitgezählt.

Ein Betriebsrat ist nicht bekannt.

Das nicht ärztliche Personal wird von einem Arzt mit Unterstützung zweier nichtärztlicher Mitarbeiter geleitet. Der ärztliche Dienstplan wird von den Ärzten gemeinsam aufgestellt.

Ausstattung

Neben der üblichen medizinischen Grundausstattung verfügt die Praxis über ein halbautomatischer Labor, eine Röntgeneinrichtung der Gruppe III, zwei EKG-Geräte, ein Fahrradergometer, einen Operationsraum.

Patienten und Leistungen

Die Praxis ist für Kassen- und Privatpatienten zugänglich. Sie ist in das Beratungsfacharztverfahren der Berufsgenossenschaften einbezogen.

Die Wartezeit der Patienten in der Sprechstunde beträgt durchschnittlich 49,2 Minuten nach einer Untersuchung der Praxis. Im 3. Quartal 1975 wurden 7496 Behandlungsfälle abgerechnet (7146 Kassen- und 350 Privatpatienten). - Die abgerechneten Laborleistungen werden nur erheblich gekürzt bezahlt.

Diese Gemeinschaftspraxis soll 1976 aufgelöst werden, wenn sich das ältere Arztehepaar zur Ruhe setzt. Die übrigen Ärzte wollen sich mit weiteren Ärzten zu einer Praxisgemeinschaft zusammenschließen. Einer der Ärzte nennt 8 Gründe für diese Auflösung der Gemeinschaftspraxis:

1. Ungleiche Arbeitsbelastung,
2. Für überdurchschnittliche Arbeitsleistung nur durchschnittliches Einkommen wegen hoher Unkosten,
3. Zu wenig Zeit für innerärztliche Kommunikation,
4. Ungeeignete Praxisräume,
5. Unkontrollierter Wechsel von Patienten zwischen den Ärzten

6. Überhöhte Medikamentenverordnung und

3.2.1.

7. Keine Gewinne aus dem Labor.

Da außer dem 1. Punkt die übrigen Probleme auch in Praxisgemeinschaften gelöst werden müssen, sich die übrigen Ärzte aber für eine Praxisgemeinschaft entschieden haben, läßt sich vermuten, daß der 1. Punkt: die leistungsgerechte Aufteilung der gemeinsamen Einnahmen bzw. die den Einnahmenanteilen entsprechende Aufteilung der Arbeit ein spezifisches und schwer zu lösendes Problem größerer freiberuflicher Einrichtungen ist.

Ambulanzen beteiligter oder ermächtigter Kassenärzte

Beschreibungen dieser Einrichtungen konnten nicht erhoben werden. Aus den folgenden Gründen kann jedoch mit Sicherheit angenommen werden, daß zumindest zahlreiche Ambulanzen beteiligter Krankenhausärzte zu den freiberuflichen kooperativen ambulanten Einrichtungen gehören.

Der Zulassungsausschuß kann leitende Krankenhausärzte an der kassenärztlichen Versorgung beteiligen, wenn die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung dies erfordert, die Beteiligung wird nur für Überweisungsfälle und nur für bestimmte Leistungen ausgesprochen ⁴⁰. Unter der gleichen Voraussetzung kann der Zulassungsausschuß Ärzte zeitlich, räumlich und dem Umfang nach begrenzt an der kassenärztlichen Versorgung beteiligen ⁴¹; außerdem kann die KV Ärzte zu bestimmten kassenärztlichen Leistungen für Überweisungsfälle ermächtigen ⁴². Dabei handelt es sich in der Regel um Krankenhausärzte, Werkärzte, Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst und Sanitätsbeamte; insgesamt gibt es ca. 3500 beteiligte und 3900 ermächtigte Ärzte ⁴³, deren Praxen nach dieser Untersuchung zu den solidarisch-finanzierten Einrichtungen zählen.

Zu den Leistungen, für die eine Beteiligung ausgesprochen werden kann, gehören auch "besondere Behandlungsmethoden" und "ambulante Nachbehandlung" ⁴⁴, also therapeutische Leistungen; diese Praxen würden daher nach dieser Untersuchung zu den umfassend-medizinischen Einrichtungen zählen.

Für die Annahme, daß es sich zumindest bei zahlreichen Ambulanzen beteiligter Krankenhausärzte um ärztlich-kooperative Einrichtungen handelt, sprechen Hinweise: zum einen behauptete das Bundessozialgericht, daß der Grund für die Beteiligung neben den besonderen Fähigkeiten des beteiligten Arztes und der Nutzbarmachung der Krankenhausausrüstung häufig auch die Nutzbarmachung des weiteren qualifizierten Krankenhauspersonals sei ⁴⁵, so daß in den Ambulanzen nicht selten mehr als zwei Ärzte tätig sein werden. Dafür sprechen auch persönliche Mitteilungen von Krankenhausassistenten und die Hinweise auf Mitarbeit in der Ambulanz in Stellenanzeigen für Krankenhausassistenten- und -oberärzte.

Der Inhalt der gewerblichen Form besteht darin, daß die maximale Verwertung des angewendeten Kapitals zum vorherrschenden Zweck dieser Einrichtungen wird. Gewerbliche kooperative ambulante Einrichtungen konnten für die Bundesrepublik nicht erhoben werden.

Nach dem "Arbeitsbericht 1970 - 1975 der Ärztegruppe der DKD Wiesbaden" war diese Einrichtung bis zum 1. 12. 1973 zu dieser Form zu zählen: bevor sie vom Land Hessen, der KV und der Landesärztekammer Hessen übernommen wurde, war sie ihrem rechtlichen Charakter nach eine private Kapitalgesellschaft (GmbH), die auch Gewerbesteuer zahlte; schon damals waren in der DKD zahlreiche Ärzte tätig, die in einigen Fällen auch ambulante Kassenpatienten therapeutisch betreuten.

Es gibt zahlreiche gewerbliche Einrichtungen in der medizinischen Betreuung, auf die aber nicht alle Definitionsmerkmale kooperativer ambulanter Einrichtungen zutreffen; so sind die werksärztlichen Einrichtungen zur Therapie zumindest nicht berechtigt. Außerhalb der medizinischen Betreuung im engeren Sinne ist diese Eigentumsform allerdings die Regel, z. B. Pharma- bzw. Chemieindustrie, Medizinapparate- bzw. Elektroindustrie.

3.2.1.3. Gemeinnützige Einrichtungen

Die gemeinnützigen ambulanten berufsgenossenschaftlichen Rehabilitationseinrichtungen

Nach dem Jahresbericht 1973 der berufsgenossenschaftlichen Rehabilitationseinrichtungen gibt es fünf berufsgenossenschaftliche Krankenhausambulanzen und zwei Ambulatorien, deren Eigentümer gemeinnützige Vereine sind und in denen mehr als zwei Ärzte Patienten ambulant betreuen: das Berufsgenossenschaftliche Unfallkrankenhaus Hamburg, die Berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken Frankfurt am Main, Ludwigshafen, Tübingen und Murnau sowie die Unfallbehandlungsstellen der Berufsgenossenschaften Berlin und die Berufsgenossenschaftlichen Unfallbehandlungsstellen Bremen. Die Mitglieder der Vereine sind Berufsgenossenschaften.

Auf eine Umfrage bei den berufsgenossenschaftlichen Krankenhäusern antworteten die in Frankfurt am Main und Murnau. In den beiden Krankenhausambulanzen sind vier bzw. fünf Ärzte tätig; es ist anzunehmen, daß auch in den Übrigen mehr als zwei Ärzte sind. Außer den Berufsgenossenschaftlichen Patienten werden in Murnau Privatpatienten und Soldaten betreut. Kassenpatienten werden in beiden Ambulanzen nur notfallmäßig versorgt. Die Leistungen werden mit den Berufsgenossenschaften nach Pauschalen, mit anderen Kostenträgern nach Einzel Leistungsvergütung abgerechnet.

Die Berufsgenossenschaftlichen Unfallbehandlungsstellen Bremen

Sie werden aufgrund eines Besuchs 1975 beschrieben.

Geschichte

Die erste Bremer Unfallstation wurde 1926 von der Bau-berufsgenossenschaft gegründet. 1964 wurde eine zweite Abteilung eröffnet. Die Mitglieder des Vereins, der der Behandlungsstellen heute trägt, sind 18 gewerbliche Berufsgenossenschaften.

In den Behandlungsstellen sind beschäftigt:

6 Ärzte, davon 4 Unfallchirurgen;
7 Krankenschwestern, Überwiegend als Operationsschwestern,
11 Arztsekretärinnen, Schalter- und Schreibkräfte,
7 Krankengymnastinnen, Masseuze und Bademeister,
6 Medizinisch-technische Assistentinnen,
7 Verwaltungskräfte einschließlich dem Verwaltungsleiter;
insgesamt 38 nichtärztliche Mitarbeiter, - weiteres Personal wie Kraftfahrer für den Patiententransport oder Reinigungspersonal nicht gezählt.

Das gesamte Personal ist fest angestellt. Die Ärzte sind zu privater Nebentätigkeit berechtigt (meist Gutachten). Das medizinische Personal arbeitet im Schichtdienst, Nacht- und Wochenenddienste gibt es nicht.

Für das Essen innerhalb der Einrichtung steht ein Kasino zur Verfügung.

Das Personal wird entsprechend dem Betriebsverfassungsgesetz durch einen Betriebsrat mit fünf Mitgliedern vertreten.

Leitung

Oberstes Organ ist die Mitgliederversammlung des Vereins, sie wählt auch einen ehrenamtlichen Vorstand und einen ehrenamtlichen Geschäftsführer. Der Verwaltungsleiter untersteht dem Vorstand und dem Geschäftsführer, in ärztlichen Angelegenheiten dem Chefarzt. Der Chefarzt leitet die Behandlungsstellen in ärztlichen Angelegenheiten, er ist gleichzeitig Leiter der einen Abteilung, sein Stellvertreter Leiter der anderen Abteilung.

Ausstattung

3

Neben der üblichen medizinischen Grundausrüstung hat jede Behandlungsstelle einen septischen und einen aseptischen Operationsraum mit Bildverlebkereinrichtung, eine Röntgeneinrichtung mit Entwicklungsmaschine, ein Labor, einen Turn- bzw. Gymnastikraum und ein Bewegungsbad.

Patienten und Leistungen

Die Behandlungsstellen können - neben Notfällen - von den Mitgliedern aller Berufsgenossenschaften für berufsgenossenschaftliche Heilbehandlung in Anspruch genommen werden. Die Behandlungsstellen sind zu den üblichen Arbeitszeiten geöffnet, der Nacht- und Wochenenddienst wird von öffentlichen Krankenhäusern durchgeführt. 1973 wurden 598 Notfälle versorgt, 16060 Patienten wurden untersucht und darüber durch durchgangsärztliche Berichte angefertigt, 7505 Patienten wurden in eigene berufsgenossenschaftliche Behandlung übernommen, 3310 Nachschauberichte über nicht in eigene Behandlung übernommene Patienten angefertigt.

Finanzierung

Nach den Betriebs- und Investitionskosten wurde eine Tagesfallpauschale errechnet, die die Berufsgenossenschaft für jeden Behandlungstag eines ihrer Mitglieder an den Verein bezahlt. Notfälle werden nicht abgerechnet.

Eine Reihe weiterer gemeinnütziger Einrichtungen wurde nicht durch die Umfrage unter den zuständigen Verwaltungen bekannt. Dies lag für die gemeinnützigen Einrichtungen, die als Institut zur kassenärztlichen Versorgung zugelassen, an ihr beteiligt oder zu ihr ermächtigt sind, daran, daß die KBV auf eine entsprechende Frage nicht antworten konnte.

Für andere wie die Ambulanz des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke liegt es daran, daß sie eigentlich zu den freiberuflichen Einrichtungen (Gemeinschaftspraxen, beteiligte Krankenhausärzte, einzelne Kassenärzte) gezählt werden, wenn nicht besondere innere Regelungen bekannt werden, die Eigentümer- bzw. Besitzerrechte auf eine gemeinnützige juristische Person übertragen.

So wurden die folgenden Beschreibungen erhoben, indem bekannte Einrichtungen direkt angeschrieben wurden; vollständig sind sie daher wohl nicht.

Die Deutsche Klinik für Diagnostik (DKD) Wiesbaden

Die folgende Beschreibung stützt sich auf den "Arbeitsbericht 1970 - 1975 der Ärztegruppe der DKD".

Der Eigentümer der DKD ist eine gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung. Sie beschäftigt 49 Ärzte, die auch zu einigen therapeutischen kassenärztlichen Leistungen ermächtigt sind.

Geschichte

Am 18. 10. 1967 wurde die DKD als Aktiengesellschaft gegründet; ihre Hauptaktionäre waren die Siemens-AG und die Allianz-Versicherungsgruppe. Die Klinik selbst wurde am 2. 4. 1970 eröffnet. Da sich die finanziellen Gewinnerwartungen der Aktionäre nicht erfüllten, suchten sie einen neuen Träger. Am 1. 12. 1973 wurde das Vermögen an die neue DKD-GmbH übergeben, deren Gesellschafter das Land Hessen (60 %), die KV Hessen (30 %) und die Landesärztekammer Hessen (10 %) sind. Sie kündigten an, die DKD später in eine gemeinnützige Stiftung zu überführen.

Personal

In der DKD sind 43 Ärzte und 6 Assistenzärzte beschäftigt, davon sind 21 internistische Fachärzte mit jeweils besonderen Teilgebieten; die übrigen Ärzte vertreten nahezu sämtliche übrigen Fachgebiete.

Im medizinischen Bereich sind außerdem 3 akademische Mitarbeiter und weitere 170 nichtärztliche Mitarbeiter, im kaufmännischen Bereich 145 Mitarbeiter beschäftigt.

Alle Mitarbeiter sind fest angestellt. Sie werden entsprechend dem Betriebsverfassungsgesetz durch einen Betriebsrat mit 9 Mitgliedern vertreten. Außerdem gibt es verschiedene Beratungsgremien.

Leitung

Die DKD wird von einem kaufmännischen und einem medizinischen Geschäftsführer geleitet, denen ein "Wirtschaftlicher Beirat" aus Vertretern der Gesellschafter als Aufsichtsorgan übergeordnet ist. Der medizinische Bereich ist in fünf Sektionen gegliedert, die wiederum in Fachbereiche untergliedert sind und von einem Sektionsleiter geleitet werden; außerdem gehört eine Abteilung Datenverarbeitung zum medizinischen Bereich. Den Geschäftsführern und Sektionsleitern steht nur ein organisatorisches Weisungsrecht zu; die ärztliche Verantwortung liegt allein beim Teamarzt.

Ausstattung

Die DKD ist eine der bestausgestatteten Kliniken in der Bundesrepublik. Ihr ist eine Station mit 56 Betten angegliedert.

Die DKD ist zugänglich für Sozialversicherte nach Überweisung durch einen zugelassenen Kassenarzt oder mit Zustimmung des Sozial- und Vertrauensärztlichen Dienstes für diagnostische Problemfall- oder Spezialuntersuchungen. Für Privatpatienten gibt es keine Einweisungs- oder Leistungsbeschränkungen.

1974 wurden 13057 Patienten betreut. Der Anteil der Sozialversicherten beträgt 58 % (1. Quartal 1975; 1972: 11 %). Auch die berufliche Zusammensetzung der Patienten weicht stark von dem Bevölkerungsdurchschnitt ab, z. B. lag der Anteil der Arbeiter 1974/1975 bei 2 %, der der Selbständigen und Unternehmer bei 12,5 %.

Die sozialversicherten Patienten kommen überwiegend aus Wiesbaden und der näheren Umgebung, so daß man zumindest für deren medizinische Betreuung nicht von einer "überregionalen Modelleinrichtung" sprechen kann. Die selbstzahlenden Problemfall-Patienten kommen mit Mehrheit aus dem gesamten weiteren Bundesgebiet.

Im Vergleich zu den diagnostischen ambulanten und den diagnostischen und therapeutischen stationären Leistungen ist der Anteil der therapeutischen ambulanten Leistungen noch gering; therapeutische Beratung bei Stoffwechselkrankheiten, Adipositas-Langzeittherapie, therapeutische hämatologische und hämostaseologische Betreuung, Infiltrationstherapie von Bursitiden und Tensitiden, nuklearmedizinische Therapie, Psychotherapie, einige chirurgische Eingriffe, Therapieprogramm bei Kinderwunsch, Behandlung von Schmerzzuständen. Es besteht die Absicht, den therapeutischen Anteil zu erweitern.

Der DKD werden die abgerechneten Einzelleistungen für Kassenpatienten von den Kassen über die KVen vergütet. Dabei werden für die Betreuung eines Kassenpatienten etwa die Hälfte der Vergütung für Privatpatienten gezahlt. Nach der Berechnung der DKD decken die Gebührensätze, insbesondere für Arztzeit- und personalaufwendige endoskopische Untersuchungen die Kosten nicht. Die Abrechnungsform bei Privatpatienten ist nicht bekannt.

- 1974 erhielt die DKD eine Finanzhilfe des Landes Hessen in H öhe von 2,5 Millionen DM, um die Bilanz auszugleichen.

Max-Planck-Institute

Nach einer Mitteilung der Generalverwaltung der Max-Planck-Gesellschaft werden an zwei ihrer Institute Patienten auch ambulant betreut: am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München und am Max-Planck-Institut für physiologische und klinische Forschung (Herzforschung) in Bad Nauheim.

Die Max-Planck-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften e. V. ist ein gemeinnütziger Verein, dessen Hauptaufgabe die Forschung ist. Er wurde 1948 als Nachfolger der 1911 gegründeten Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften gegründet. Er wird durch Zuschüsse des Bundes und der Länder sowie durch Spenden und durch eigene Leistungen finanziert.

Beide Institute beschäftigen mehrere Ärzte und sind zur Ausführung kassenärztlicher Leistungen ermächtigt. Von den überwiesenen Patienten werden die für die Forschung notwendigen und interessanten Fälle angenommen. Kassenärztliche Leistungen werden über die KVen abgerechnet, Leistungen für Privatpatienten durch Privatliquidation der betreuenden Ärzte.

Die folgende Beschreibung stützt sich auf eine Mitteilung des Krankenhauses.

Der Eigentümer des Gemeinnützigen Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke (Ruhr) ist der "Gemeinnützige Verein zur Entwicklung von Gemeinschaftskrankenhäusern e. V.". Seine Mitglieder sind Krankenhausärzte und andere private Personen, viele von ihnen sind Anhänger der Anthroposophie. In der Ambulanz des Krankenhauses sind auch fünf der Krankenhausärzte tätig, die an der kassenärztlichen Versorgung beteiligt sind, deren Vergütung allerdings der Krankenhaus-eigentümer, der gemeinnützige Verein erhält.

Geschichte

Das Krankenhaus wurde 1969 eröffnet.

Personal

Je ein Chirurg, Gynäkologe und Pädiater sind an der kassenärztlichen Versorgung beteiligt. Außerdem besitzen ein Neurologe und ein Internist die Berechtigung zur einmaligen neurologischen bzw. gastroenterologischen ambulanten Untersuchung. Die Ärzte sind fest angestellt und haben außer ihrem Gehalt keine Nebeneinnahmen.

Weitere derartige Einrichtungen, in denen Kassenärzte ihre Honorare an den gemeinnützigen Träger ihrer Einrichtung abgetreten haben, sind erst in der Planung bekannt. Das Gesundheitszentrum Gropiusstadt in Berlin (West) ist hierfür ein weiter fortgeschrittenes Modell. Nach der Selbstdarstellung "Gesundheitszentrum Gropiusstadt" des Vereins zur Entwicklung von Gesundheitszentren e. V. sollen in diesem Zentrum mit krankenhausesprechender Technik, mit

psychosozialen Bereich und mit einer Apotheke im selben Haus insgesamt 14 Ärzte, einige Psychologen, Sozialarbeiter und andere Mitarbeiter Patienten ambulant betreuen; das Konzept sieht eine gleichberechtigte Mitbestimmung aller vor; die Ärzte zahlen ihre kassen- und privatärztlichen Einnahmen an den Verein und erhalten ein festes Einkommen. Das Gesundheitszentrum soll noch 1976 eröffnet werden. x)

x) PS: Inzwischen hat die erste Stufe ihre Arbeit aufgenommen, vgl. Deutsch. Ärztebl. 1976, S. 2053-2054

3.2.2. Öffentliche Einrichtungen

3.2.2.1.

3.2.2.1. Einrichtungen der Sozialversicherungsträger

Dem Bundesverband der Ortskrankenkassen waren die **Eigen-**
einrichtungen seiner Mitglieder nicht bekannt; daher ist
die folgende Aufzählung evtl. unvollständig.

Die AOK Berlin unterhält 10 **Eigeneinrichtungen**:

- das Ambulatorium Wedding mit angegliedertem Labor,
Röntgeninstitut, Massage- und Bestrahlungsabteilung
einschließlich zweier auswärtiger Turnstellen,
- das Institut für psychogene Erkrankungen,
- das Institut für funktionelle Atmungstherapie,
- die Diabetes-Zentrale,
- die Geschwulstberatungsstelle,
- mehrere Frauenberatungsstellen,
- die Lupusfürsorge,
- das Medizinisch-diagnostische Zentralinstitut,
- das Krankenhaus Pfalzburger Straße und
- das Kurheim in Bad Pyrmont.

Die ersten beiden Einrichtungen sind **kooperative ambulante**
Einrichtungen im Sinne dieser Untersuchung, sie sollen
im folgenden beschrieben werden.

Das Ambulatorium Wedding

Die Beschreibung stützt sich auf den Bericht von Koschella,
der dem Geschäftsbericht 1970 der AOK Berlin beigelegt
wurde, und auf einen Besuch des Ambulatoriums 1975.

Geschichte

Das Ambulatorium wurde 1949 von der damals alle Versicherungsarten umfassenden Versicherungsanstalt Berlin eröffnet. Nach dem Berliner Ärztestreik gegen die Krankenversicherungsanstalt Berlin (das war die von der Renten- und Unfallversicherung getrennte Versicherungsanstalt) wurde im Friedensschluß 1953 die Existenz dieses Ambulatoriums anerkannt. Seit 1961 ist das Ambulatorium in einem Neubau in der Müllerstraße.

Personal

Im Ambulatorium sind 17 Ärzte beschäftigt, sie vertreten 11 Fachgebiete (Allgemeinmedizin, Pädiatrie, Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Orthopädie, Ophthalmologie, HNO-Heilkunde, Urologie, Dermatologie und Neurologie); im Röntgeninstitut sind zwei Röntgenologen beschäftigt. Alle Ärzte sind fest angestellt und hauptamtlich im Ambulatorium tätig; die tarifliche Wochenarbeitszeit beträgt 40 Stunden, Überstunden sollen kaum vorkommen. Es spricht für eine geringe Fluktuation, daß fast ein Drittel der Ärzte dort seit der Gründung tätig ist (1949 - 1970). Die Fortbildung wird durch Sonderurlaub, Rückerstattung von Gebühren, die AOK-Bibliothek, Zeitschriftendienst u. a. gefördert. Die Bezahlung besteht zum überwiegenden Teil aus einem festen Grundgehalt und zum geringeren Teil aus einer Leistungszulage entsprechend der Zahl der Behandlungsfälle und Einzelleistungen des jeweiligen Arztes. Nacht- oder Bereitschaftsdienste gibt es nicht, aber jeweils ein Arzt kommt zu den Wochenendprechstunden.

Als nichtärztliche Mitarbeiter sind für jeden Arzt eine Sekretärin und in einigen Fällen noch eine Krankenschwester beschäftigt, im Röntgeninstitut sieben Medizinisch-technische Assistentinnen, eine Sekretärin und eine Schalechwester, in der Massage- und Bestrahlungs-

abteilung sechs Krankengymnastinnen und neun Masseure bzw. Masseusen, im Labor sieben Medizinisch-technische Assistentinnen und eine Helferin und im Archiv vier weitere Mitarbeiter, - insgesamt 66 nichtärztliche Mitarbeiter.

Für Essen und Pausen steht ein Kasino zur Verfügung. Weitere betriebliche Sozial- oder Kultureinrichtungen, wie Kindergarten oder Sportgruppe sind nicht vorhanden.

Das Personal wird entsprechend dem Personalvertretungsgesetz durch den Personalrat der AOK Berlin vertreten.

Leitung

Der Ärztliche Leiter übt die allgemeine Dienstaufsicht über alle Mitarbeiter aus. Eine fachliche Aufsicht über die Ärzte gibt es nicht. Die fachliche Aufsicht über das Labor übt ein Internist, die über die Massage- und Bestrahlungsabteilung ein Orthopäde aus.

Der Büroleiter unterstützt den Ärztlichen Leiter, er ist für die Dienstzeiten, Beurlaubungen und Vertretungen der nichtärztlichen Mitarbeiter, für Inventarverwaltung, Reparaturen, Ersatz- und Neubeschaffungen, Instandhaltungen, für die notwendigen Formularbestände, die allgemeine Information u. a. zuständig.

Ausstattung

Das Ambulatorium ist gut ausgestattet: die Operationsabteilung mit zwei Operationsräumen und den zugehörigen Neben- und Vorbereitungseinrichtungen, das Röntgeninstitut mit zahlreichen Röntgengeräten einschließlich Fernsehleinrichtung und Entwicklungsmaschine sowie einem EKG-Großgerät, die Massage- und Bestrahlungsabteilung mit Turnhalle und zahlreichen Geräten zur Trockentherapie. Die ursprünglich geplanten Bettenstationen werden nicht gebaut.

Das Ambulatorium kann - außer von Notfallpatienten - nur von den Mitgliedern der AOK Berlin und deren anspruchsberechtigten Familienangehörigen in Anspruch genommen werden.

Die Sprechstunden sind vor- und nachmittags zu den üblichen Zeiten, außerdem samstags und sonntags mit jeweils einem Arzt; nachts ist eine Krankenschwester im Ambulatorium. Die durchschnittliche Wartezeit der Patienten ist nicht bekannt. - Privatpatienten gibt es nicht.

Im 1. Quartal 1971 wurden 17739 Behandlungsscheine und 90817 Beratungen bzw. Verrichtungen gezählt. Das entspricht bei 29,1 % innerbetrieblichen Überweisungen und einigen Mehrfachüberweisungen etwa 11700 Patienten. 24,9 % der Patienten wurden von niedergelassenen Ärzten überwiesen. Im Jahr werden etwa 1200 - 1500 Hausbesuche gemacht.

Finanzierung

Das Ambulatorium wird nach dem Haushaltsplan der AOK Berlin direkt finanziert. Sie erhält eine Aufstellung der Einzelleistungen, die aber nur bei den Zulagen der Ärzte finanzielle Auswirkungen hat.

Das Institut für psychogene Erkrankungen

Diese Beschreibung stützt sich auf den Bericht von Dührssen, der dem Geschäftsbericht 1969 der AOK Berlin beigelegt wurde.

Geschichte

Das Institut ging - über verschiedene Organisationsformen - aus der 1920 eröffneten Poliklinik der Lehranstalt der Psychoanalytischen Gesellschaft hervor. 1946 wurde das damalige "Institut für Psychopathologie und Psychotherapie" von der damaligen Versicherungsanstalt Berlin übernommen.

Personal

3.2.2.

Im Institut sind 14 Ärzte, darunter 6 Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie und 1 Kinderfacharzt, 10 Arztsekretärinnen und 1 Aufnahmeschwester beschäftigt.

Patienten und Leistungen

Das Institut kann von Versicherten und mitversicherten Familienangehörigen der AOK Berlin in Anspruch genommen werden. Jährlich werden etwa 1000 Patienten neu untersucht und gegebenenfalls in Behandlung übernommen. An Behandlungsmöglichkeiten stehen die psychoanalytische Einzelbehandlung und die psychoanalytische Gruppenbehandlung zur Verfügung. Von den etwa 500 - 600 laufenden Behandlungen sind 80 - 100 Patienten in einer Gruppenbehandlung.

Nach Untersuchungen des Instituts über die Behandlungsergebnisse waren die Krankenhausaufenthalte der Patienten des Instituts vor der Behandlung statistisch signifikant zahlreicher als die der Mitglieder der AOK und die Krankenhausaufenthalte der behandelten Patienten nach der Therapie statistisch signifikant seltener als vor der Therapie, als die der unbehandelten Patienten und auch als die aller Mitglieder der AOK.

Das Strahleninstitut der AOK Köln

Diese Beschreibung stützt sich auf die Broschüre von Teschendorf aus dem Jahre 1966 und eine ergänzende schriftliche Mitteilung des Strahleninstituts.

Geschichte

Das Institut wurde 1927 eröffnet, 1944 durch Bomben zerstört, 1948 teilweise und 1951 vollständig wiedergestellt.

Personal

Im Institut sind neun Radiologen beschäftigt, die nach dem Bundesangestelltentarif bezahlt werden. Der Chefarzt hat zusätzliche Einnahmen durch Privat- und Ersatzkassenpatienten.

Außerdem sind am Institut durchschnittlich 100 nicht-ärztliche Mitarbeiter beschäftigt, von denen jeweils etwa 25 MTA-Schüler zur Ausbildung außerhalb sind.

Ausstattung

Das Institut ist mit den modernsten Geräten einschließlich Betatron und Gammatron ausgerüstet.

Patienten und Leistungen

Das Institut ist als Kassenarzt zugelassen. Für Ersatzkassen ist der Chefarzt Vertragspartner. Er ist ebenfalls zur Betreuung von Privatpatienten berechtigt. Die Patienten werden auf dem Gebiet der Röntgenologie und Strahlenheilkunde prophylaktisch, diagnostisch und therapeutisch betreut.

Finanzierung

Das Institut wurde von der AOK Köln errichtet. Gammatron und Betatron sowie die entsprechenden Bauten wurden durch öffentliche und private Spenden sowie durch Forschungsaufträge finanziert.

Die Leistungen für Kassenpatienten werden nach der Gebührenordnung über die KV abgerechnet. Für die Privat- und Ersatzkassenpatienten zahlt der Chefarzt Unkostenpauschalen an die AOK.

Die Betriebs-, Innungs- und die landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie die Ersatzkassen unterhalten nach ihren Mitteilungen keine ambulanten Einrichtungen.

Die Bundesknappschaft unterhält in ihrer Eigenschaft als Krankenversicherungsträger 13 eigene Krankenhäuser, in denen ambulante ärztliche Betreuung sowohl für Knappschafts- und Kassen- (RVD und Ersatzkassen) Patienten als auch für Privatpatienten durchgeführt wird. Es handelt sich dabei um die Knappschaftskrankenhäuser Gelsenkirchen, Recklinghausen, Bochum-Langendreer, Essen-Steele, Bottrop, Hamm, Dortmund-Brackel, Würselen-Bardenberg, Hausham, Peißenberg, Püttlingen, Sulzbach und Quierschied. Außerdem unterhält sie eine Ambulanz in Penzberg, in der nur Knappschaftsversicherte und deren Familienangehörige betreut werden.

Nach einer Mitteilung des Knappschafts-Krankenhauses Dortmund bestehen dort Ambulanzen in 7 Fachrichtungen; mehrere angestellte Ärzte betreuen Privat-, Kassen- und berufsgenossenschaftliche Patienten auch ambulant; Kassen, KVen, BGen und Privatpatienten rechnen mit dem Krankenhaus, teilweise auch mit Ärzten pauschal oder nach Einzelleistungen ab (siehe Abb. 1).

Nach einer Mitteilung der Klinik Sulzbach der Bundesknappschaft bestehen dort Ambulanzen in den Fachrichtungen Innere Medizin, Chirurgie, Augenheilkunde, Neurologie und Röntgenologie. Die Chefärzte sind an der ambulanten Versorgung der RVD- und der Ersatzkassen-Patienten beteiligt und rechnen darüber mit der KV ab; die übrigen angestellten Ärzte in den Ambulanzen bekommen neben ihrem Gehalt von den Chefärzten eine Zulage. Betreuungen von Privatpatienten werden mit diesen selbst abgerechnet - nach Einzelleistungen, wie auch mit den KVen. Leistungen für Knappschaftspatienten werden nicht abgerechnet. Man kann annehmen, daß auch die Ambulanzen der übrigen Knappschaftskrankenhäuser zu den kooperativen ambulanten Einrichtungen zählen.

Die gewerblichen Berufsgenossenschaften unterhalten
- neben den gemeinnützigen Einrichtungen, die sie
indirekt unterhalten - folgende wahrscheinlich kooperative ambulante Einrichtungen:

- Berufsgenossenschaftliche Krankenanstalten "Bergmannsheil Bochum" (Bergbau-Berufsgenossenschaft),
- Berufsgenossenschaftliche Krankenanstalten "Bergmannsheil Buer" (Bergbau-Berufsgenossenschaft) und
- Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Duisburg-Buchholz (Maschinen- und Kleineisenindustrie-Berufsgenossenschaft, Düsseldorf und Bau-Berufsgenossenschaft Wuppertal).

Diese Einrichtungen wurden 1890, 1926 bzw. 1957 inbetriebgenommen. Sie können von Mitgliedern der Berufsgenossenschaften für ambulante berufsgenossenschaftliche Heilbehandlung in Anspruch genommen werden.

Die Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand und die Rentenversicherungsträger unterhalten nach ihren Mitteilungen keine ambulanten Einrichtungen. Trotzdem konnte eine kooperative ambulante Einrichtung eines Rentenversicherungsträgers erhoben werden.

Die Heilanstalt für Beinleiden der LVA Hamburg

Die folgende Beschreibung stützt sich auf eine Mitteilung des Leiters dieser Anstalt und einen Zeitschriftenartikel von ihm.

Geschichte

Die Anstalt wurde 1910 von der damaligen LVA der Hansestädte gegründet. Seit 1954 befindet sie sich im Haus des Sozialärztlichen Dienstes zusammen mit umfangreichen diagnostischen Einrichtungen (Zentrallabor, Röntgenabteilung,

Diagnostische Klinik mit 30 Betten, Zentrale für Lungenkrankheiten und Diabetikerzentrale).

3.2.2.1

Personal

In der Anstalt sind fünf bezahlte Ärzte tätig, die allerdings auch noch teilweise im Begutachtungswesen eingesetzt sind, außerdem 15 Schwestern, zwei Schreibkräfte und eine Masseuse.

Patienten und Leistungen

Die Versicherten werden entsprechend einer kassenärztlichen Ermächtigung der Anstalt (§ 10 BMV-Ä) von niedergelassenen Kassenärzten überwiesen oder suchen die Anstalt unmittelbar auf, wo sie betreut werden, soweit es zum Arbeitsbereich der Anstalt gehört. Es werden operative, physikalische, medikamentöse und andere Maßnahmen vor allem bei venösen und lymphatischen Beinschwellungen und ihren Komplikationen durchgeführt, z. B. Verbände, Bandagen, Verödung, Massagen. Die Patienten werden einzeln und in Gruppen über besondere Eigenbehandlung und über allgemeine Lebensweise aufgeklärt und geschult. Täglich werden bis zu 200 Patienten betreut.

Finanzierung

Entsprechend besonderen Abkommen der LVA mit den Trägern der GKV und den BGen wird die Anstalt durch Behandlungspauschalen je nach Inanspruchnahme durch deren Versicherte finanziert.

Die Eigeneinrichtungen der Bundeswehr

Nach einem Schwerpunktthema der TRUPPENPRAXIS über den Sanitätsdienst unterhält die Bundeswehr 14 Krankenhäuser mit Ambulanzen, die zu den kooperativen ambulanten Einrichtungen im Sinne dieser Untersuchung zählen: das Bundeswehrzentral Krankenhaus in Koblenz und die Bundeswehrkrankenhäuser in Hamburg, Ulm, Gießen, München, Kiel, Glückstadt, Zwischenahn, Osnabrück, Detmold, Hamm, Wildbad, Kempten und Amberg.

In den Ambulanzen der Bundeswehrkrankenhäuser wird in der Regel die fachärztliche ambulante Betreuung der Soldaten durchgeführt. Die Ärzte an den einzelnen Standorten der Bundeswehr sind nur allgemeinmedizinisch tätig und überweisen die Soldaten zur fachärztlichen Betreuung an diese Ambulanzen oder an niedergelesene Fachärzte.

Die allgemeinmedizinische ambulante Betreuung wird in den Behandlungsstellen der Sanitätsbereiche an den Standorten durchgeführt. Die Zahl derjenigen Sanitätsbereiche, in denen mehr als zwei Ärzte beschäftigt sind, ist nach einer Mitteilung des Bundesverteidigungsministeriums nicht bekannt.

Eine Kommission des Bundesverteidigungsministers "Personal-Ergänzung beim Sanitäts- und Gesundheitswesen" hat 1975 empfohlen, die Sanitätsbereiche durch Sanitätszentren für die allgemein- und fachärztliche Betreuung zu ersetzen, vor allem um genügend Sanitätsoffiziere anzuziehen. Nach der o. g. Mitteilung des Ministeriums werden diese Zentren 1976 in einem Truppenversuch erprobt.

Im Bundeswehrzentralkrankenhaus mit seinen 13 Fachambulanz-
lenzen sind 92 Ärzte tätig. Die übrigen Krankenhäuser sind
zwar kleiner, beschäftigen aber alle weit mehr als zwei
Ärzte.

Die Ärzte (bzw. Ärztinnen) sind Sanitätsoffiziere (Berufs-,
Zeit-Soldaten oder Wehrdienstleistende) und in einigen
Fällen Zivilärzte. Ein Teil der Sanitätsoffiziere hat
neben dem Sold auch Einnahmen aus der Betreuung von Privat-
patienten in den Bundeswehr-Einrichtungen.

Das nichtärztliche Personal ist ebenfalls teils militärisch,
teils zivil.

Was die Mitbestimmungsregelung angeht - :
Mannschaften, Unteroffiziere und Offiziere wählen aus ihren
Reihen Vertrauensmänner. In Einrichtungen, in denen auch
Beamte und Arbeitnehmer beschäftigt sind, gibt es einen
Personalrat entsprechend dem Personalvertretungsgesetz.

Leitung

In den Bundeswehr-Einrichtungen gibt es eine fachdienstliche
und eine truppendienstliche Leitungsorganisation. Für
die Truppenärzte in den Sanitätsbereichen sind Fachvorge-
setzte und Truppenvorgesetzte nicht identisch (woraus
sich nach Meinung der o. g. Kommission Schwierigkeiten
ergeben).

Patienten und Leistungen

Die Bundeswehr-Einrichtungen sind außer für Soldaten und
Notfallpatienten in geringem Umfang auch für zivile Privat-
patienten von Bundeswehr-Ärzten zugänglich.

Finanzierung

Die Bundeswehr-Einrichtungen werden aus dem Haushalt des
Bundesverteidigungsministeriums nach dem Haushaltsplan
finanziert.

Der BGS unterhält in den Grenzschutzunterkünften sog. "Krankenabteilungen". In den Krankenabteilungen wird die ambulante allgemeinärztliche Betreuung der Polizeivollzugsbeamten im BGS durchgeführt; dazu gehört auch ein stationärer Teil mit je 16 Betten. Nach einer Mitteilung des Bundesinnenministeriums sind selbst in den beiden größten Krankenabteilungen nur je zwei Ärzte tätig. Daher handelt es sich bei den Eigeneinrichtungen des BGS nicht um kooperative ambulante Eigeneinrichtungen im Sinne dieser Untersuchung.

Die Eigeneinrichtungen der Länderinnenbehörden

Auf eine entsprechende Umfrage antworteten 7 der 11 Länderinnenbehörden. Danach unterhalten sie in unterschiedlichem Ausmaß ambulante Eigeneinrichtungen, sog. Sanitätsstellen, in Hamburg und Berlin (West), außerdem je ein Krankenhaus mit Ambulanz. In ihnen werden vor allem diejenigen betreut, die Anspruch auf freie Heilfürsorge gegenüber den Innenbehörden haben. Dies sind - nach Ländern unterschiedlich - bestimmte Beamtengruppen, meist Polizeivollzugsbeamte, in Hamburg z. B. auch Feuerwehrbeamte. Eine ambulante Eigeneinrichtung, die mehr als zwei Ärzte beschäftigt, konnte nur in Berlin (West) erhoben werden.

Die Polizeiklinik in Berlin (West)

Die folgende Beschreibung stützt sich auf einen Bericht des Senats an den Hauptausschuß des Abgeordnetenhauses 1973.

Die Polizeiklinik ist ein Krankenhaus mit 40 Betten und Ambulanz in den Fachrichtungen Innere Medizin, Chirurgie, Urologie und HNO-Heilkunde. Sie wurde 1956 eröffnet.

In der Klinik sind drei Ärzte (Internist, Chirurg, Allgemeinmediziner) und 32 weitere Mitarbeiter (Pflegerkräfte, Masseur, Labor- und Röntgenkräfte u. a.) beschäftigt.

Die Klinik ist mit Operationsraum, Röntgenstation, EKG und den üblichen Geräten ausgestattet.

Betreut werden neben männlichen und weiblichen Dienstkräften der Polizei und deren Familienangehörigen auch andere Angehörige des öffentlichen Dienstes und deren Familienangehörige - außer Kindern unter 14 Jahren.

Neben deren ambulanter und stationärer Betreuung gehören verschiedene Untersuchungen (z. B. Einstellungsuntersuchungen für Polizei und freiwillige Polizeireserve, Blutproben, Haftfähigkeitsuntersuchungen) und die Ausbildung von Sanitätern zur Aufgabe der Klinik. Außerdem soll sie verletzte Polizeibeamte z. B. nach Einsätzen bei Demonstrationen aufnehmen können.

Finanziert wird sie aus dem Haushalt des Innensenators entsprechend dem Haushaltsplan.

Die Krankenreviere in den Justizvollzugsanstalten

Die Justizbehörden der Länder unterhalten in den Vollzugsanstalten sog. Krankenreviere, in denen die Gefangenen im Rahmen der kostenlosen Heilfürsorge ambulant von Ärzten betreut werden. Da das Bundesjustizministerium die Krankenreviere mit mehr als zwei Ärzten nicht mitteilen konnte und da ihre Bedeutung im Verhältnis zur Betreuung der Bevölkerung insgesamt gering ist - etwa 55000 Gefangene befinden sich in den Vollzugsanstalten -, wurde für diese

Untersuchung nur die Justizbehörde Hamburg angeschrieben, deren Zentralkrankenhaus für die Gefangenen aller drei norddeutschen Länder zuständig ist. Nach Mitteilung dieser Behörde sind in ihren Krankenrevieren teils beamtete, teils Vertragsärzte tätig, in einigen Anstalten werden nur niedergelassene Ärzte in Anspruch genommen, in keinem Krankenrevier sind mehr als zwei Ärzte beschäftigt. Kooperative ambulante Einrichtungen im Sinne dieser Untersuchung konnten somit nicht erhoben werden.

Die Orthopädischen Versorgungstellen

Nach dem Bundesversorgungsgesetz führen die Versorgungsdienststellen die Kriegsopferversorgung durch. Dazu gehört auch die ambulante ärztliche Betreuung der Kriegbeschädigten, die teils in Eigeneinrichtungen, teils im Rahmen der GKV stattfindet. Oberste Versorgungsdienststellen sind die zehn Landesversorgungsämter; auf eine entsprechende Anfrage antworteten acht. Danach zählen die Orthopädischen Versorgungstellen (OVStn) in Stuttgart, Köln und Neumünster zu den kooperativen ambulanten Einrichtungen im Sinne dieser Untersuchung.

In der OVSt Stuttgart sind vier Ärzte beschäftigt (drei Orthopäden, ein Internist), in der OVSt Köln drei Ärzte (Orthopäde, Chirurg, Allgemeinmediziner) und in der OVSt Neumünster drei Orthopäden. Alle Ärzte sind Landesbeamte.

In den OVStn und in auswärtigen Sprechstunden untersuchen sie die Berechtigten und verordnen die orthopädische Versorgung (Lieferung, Änderung, Instandhaltung und Ersatz der Hilfsmittel bis hin zu Kraftfahrzeugen, gegebenenfalls Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel).

Einige Länder der BRD unterhalten insgesamt 26 Medizinische Fachbereiche an Universitäten bzw. Hochschulen oder Akademien. Ihre Universitäts-Polikliniken beschäftigen mehrere Ärzte und sind durch besondere Verträge zur kassenärztlichen Versorgung zugelassen, also kooperative ambulante Einrichtungen im Sinne dieser Untersuchung.

Private Universitäten bzw. Universitäts-Polikliniken gibt es zur Zeit in der Bundesrepublik nicht. Ärztliche Landesorganisationen planen eine private medizinische Hochschule in Koblenz.

Wegen der ungenügenden Differenzierung des Definitionsmerkmals "Gesundheitseinrichtung" und wegen der ungenügenden Beschreibung der Leitungsorganisation der Universitäts-Polikliniken muß offen bleiben, ob jede einzelne Poliklinik oder alle Polikliniken eines Fachbereichs eine (Gesundheits-) Einrichtung im Sinne dieser Untersuchung bilden; die einheitliche wirtschaftliche Leitung spräche für das Letztere, die in der Regel uneinheitliche organisatorische Leitung für Ersteres. Bei den Universitäten bzw. Hochschulen oder Akademien, zu denen auch Universitäts-Polikliniken gehören, handelt es sich um die TH Aachen, FU Berlin, U Bonn, U Düsseldorf, U Erlangen, U Essen, U Frankfurt, U Freiburg, U Gießen, U Göttingen, U Hamburg, HH Hannover, U Heidelberg, U Kiel, U Köln, MA Lübeck, U Mainz, U Mannheim, U Marburg, TU München, U München, U Münster, U Saarbrücken, U Tübingen, U Ulm und U Würzburg.

Die folgende Beschreibung stützt sich auf allgemein zugängliche Literatur über die Universitäts-Polikliniken und speziell die Marburger Polikliniken sowie auf eine Umfrage der ADK Marburg. Da der Informationsstand damit etwa den Beschreibungen der übrigen Einrichtungen entspricht, wurden die einzelnen Universitäten nicht angeschrieben.

Geschichte

Universitäts-Polikliniken, als Einrichtungen für die Ausbildung der Medizinstudenten an Patienten, entstanden noch vor den Universitäts-Kliniken; die erste in Deutschland wurde 1717 in Halle gegründet.

Patienten und Leistungen

Die folgenden Angaben stützen sich auf die o. g. Umfrage der AOK Marburg von 1974 bei zuständigen AOKen für Bonn, Düsseldorf, Erlangen, Freiburg, Göttingen, Hamburg, München, Heidelberg, Kiel, Köln, Mainz, Marburg, Münster, Tübingen und Würzburg.

Danach ist die Zugänglichkeit für Kassenpatienten uneinheitlich; 11 von diesen 15 Fachbereichen (= 73 %) können AOK-Versicherte unmittelbar mit dem Krankenschein in Anspruch nehmen, drei nur mit Überweisungsschein, in Freiburg teils mit Kranken-, teils nur mit Überweisungsschein. Wie eine Untersuchung über "Einflußgrößen bei der ambulanten Inanspruchnahme von 5 poliklinischen Einrichtungen der Universität Marburg" zeigte, wird allerdings von der Möglichkeit des unmittelbaren Zugangs tatsächlich kaum Gebrauch gemacht.

Viele Universitäts-Polikliniken sind neben der kassenärztlichen Behandlung auch zu Mutterschaftsvorsorgeleistungen, ambulanten Früherkennungsmaßnahmen und ambulanter Dialysebehandlung berechtigt.

Finanzierung

Nach derselben Umfrage werden die Leistungen für AOK-Versicherte in allen Polikliniken nach Fallpauschalen bezahlt, nur in Tübingen wird ein Gesamtpauschbetrag für alle Universitäts-Kliniken und -Polikliniken gezahlt, zusätzlich

werden in Bonn, Heidelberg und Kiel einige Einzelleistungen vergütet. An 8 der Fachbereiche bestehen Fallbegrenzungszahlen bezüglich einzelner Leistungen oder der Universitäts-Polikliniken insgesamt für AOK-Versicherte ⁴⁶.

Da die Bezahlung der medizinischen Betreuung über die KVen nicht die Kosten deckt (bei einheitlichen Fallwerten für alle Universitäts-Polikliniken eines Fachbereichs: zwischen 15 und 20 DM je Behandlungsfall), werden die Polikliniken auch von den Ländern aus den Kultur- oder Gesundheitshaushalten und über den stationären Pflegesatz finanziert.

Die Universitäts-Polikliniken des Fachbereichs Humanmedizin Marburg

Die Marburger Universitäts-Polikliniken sollen hier beschrieben werden als ein Beispiel dafür, welche Bedeutung Universitäts-Polikliniken für die ambulante Betreuung der Bevölkerung haben können.

Es gibt sie hier - selbständig oder als Ambulanzen an Universitäts-Kliniken - in 15 Fachrichtungen: Augenheilkunde, Chirurgie, Dermatologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, HNO, Humangenetik, Innere Medizin, Kinderheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Nuklearmedizin, Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapie, Orthopädie, Strahlenheilkunde und Urologie sowie Zahnheilkunde, die aber in dieser Untersuchung unberücksichtigt bleibt; im Rahmen dieser Einrichtungen gibt es wiederum zahlreiche Spezialambulanzen.

In der ambulanten ärztlichen Betreuung des Stadt- und Landkreises Marburg nehmen die Polikliniken einen bedeutenden Platz ein, sie rechnen zwischen 21,7 % (Augen-Poliklinik) und 73,4 % (Strahlen-Poliklinik) aller AOK-Behandlungsfälle ab ⁴⁷.

Die Medizinische Poliklinik Marburg

In der "Festschrift zur Einweihung des Neubaus der Medizinischen Poliklinik Marburg 1974" finden sich Angaben für eine Beschreibung entsprechend den übrigen Einrichtungen.

Die Medizinische Poliklinik ist vor allem eine ambulante Einrichtung, der aber auch zwei Bettenstationen angegliedert sind. Die Medizinische Universitäts-Klinik ist von ihr organisatorisch getrennt und unterhält eine eigene Ambulanz. Ihrem rechtlichen Charakter nach ist sie ein Teil des Fachbereichs Humanmedizin (rechtlich unselbständige Anstalt) und der Universität (öffentlich-rechtliche Körperschaft); nach Rechtsaufsicht und Haushalt gehört sie zum Bereich des Kultusministeriums.

Geschichte

Die Medizinische Poliklinik wurde 1789 als "Krankenbesuchsanstalt" gegründet, 1805 wurde sie in eine chirurgische und eine innere Abteilung geteilt. Das Gebäude, in dem sie bis 1974 untergebracht war, hatte sie 1929 bezogen.

Personal

In der Medizinischen Poliklinik sind etwa 19 Ärzte beschäftigt (außerdem etwa 4 Ärzte auf den Bettenstationen), bis zu 15 Medizinalassistenten und etwa 42 nichtärztliche Mitarbeiter: Schwestern, Schreibkräfte, Medizinisch-technische Assistentinnen, Verwaltungskräfte u. a. (nicht gezählt die Schwestern auf den Stationen und das Reinigungspersonal).

Die Ärzte sind Angestellte mit Ausnahme der beamteten Hochschullehrer; die anderen Mitarbeiter meist auch Angestellte.

Das derzeit betriebliche Sozial- und Kulturbereich betrifft, so stehen für Pausen Aufenthaltstische und für Lesen die Cafeteria des Fachbereichs zur Verfügung. Auf Universitätsniveau gibt es eine Kindertagesstätte (ca. 100 Plätze), die zu klein - Kindergarten; - Das Personal wird gemeinsam mit dem übrigen Personal des Fachbereichs durch einen Personalrat entsprechend dem Personalvertretungsgesetz vertreten. Außerdem gibt es verschiedene Beratungs- und Entscheidungsgremien entsprechend dem Universitätsgesetz.

Medizin

Die Medizinische Poliklinik wird von einem Oberarzt geleitet, der Arzt ist. Verschiedene Leitungsfunktionen werden auch von der Fachbereichs-, Universitäts- und Behörden-ebene wahrgenommen.

Ausstattung

Die Räume und ihre Ausstattung sind modern, für den Neubau wurden jeweils etwa 4 Millionen DM für besondere Betriebseinrichtungen (Rohrpostanlage usw.) und für Geräte aufgewendet.

Patienten und Leistungen

Die Medizinische Poliklinik ist für Kassen- und Privatpatienten ohne Einweisungbeschränkung oder Fallzahlbegrenzung zugänglich. Etwa 60 % der Patienten sind Versicherte der RVO-Kassen, 30 % der Ersatzkassen und 10 % Privatpatienten.

Die Zahl der Behandlungsfälle betrug 1973 durchschnittlich 2589 je Quartal, 1974 durchschnittlich 2788, im neuen Gebäude stieg sie im 1. Quartal 1975 auf 3561. Jeder Behandlungsfall umfaßt durchschnittlich 4 Behandlungen. Etwa 30 % aller internistischen Behandlungsfälle der AOK-Marburg werden hier betreut.

Finanzierung

Die Klinikverwaltung erhält für jeden Behandlungsfall von den RVO-Kassen 29 DM, von den Ersatzkassen 35 DM. Außerdem wird die Poliklinik finanziert aus dem Haushalt des Kultusministeriums nach dem Haushaltsplan und teilweise über den Pflegesatz der Kliniken, da sich Defizite in den Polikliniken hier bei der Berechnung des sog. kostendeckenden Pflegesatzes niederschlagen.

Es besteht ein gewisser Anreiz zur Sparsamkeit und zur Vermehrung der Behandlungsfälle, da Mehreinnahmen oder Einsparungen in einigen Fällen für Mehrausgaben benutzt werden können und die Stellen für Ärzte und übrige Mitarbeiter auch nach der Zahl der Behandlungsfälle berechnet werden.

Die Staatlichen und kommunalen Gesundheitsämter

In der Bundesrepublik gibt es etwa 500 Gesundheitsämter. Sie werden entweder von den Ländern oder den Stadt- oder Landkreisen unterhalten. Ihre Aufgaben liegen in der Gesundheitsaufsicht und im Gesundheitsschutz, in der gesundheitlichen Vorsorge und Fürsorge sowie in amts-, vertrauens- und gerichtsarztlichen Tätigkeiten. Therapeutisch sind sie in der Regel nicht tätig. Da das Bundesgesundheitsministerium die Ausnahmen nicht mitteilen konnte und da nicht alle zuständigen Behörden in den einzelnen Ländern angesprochen werden konnten, wurde nur der Gesundheitssektor in Berlin(West) befragt, der bekanntermaßen eine kooperative

relative ambulante Einrichtung im Sinne dieser Untersuchung unterhält.

3.2.2.2.

Der Sozialpsychiatrische Dienst in Berlin (West)

Die folgende Beschreibung stützt sich auf den Bericht des Senats an das Abgeordnetenhaus über den gegenwärtigen Stand und die Planung auf dem Gebiet der Versorgung psychisch Kranker.

Die zwölf Gesundheitsämter in den Bezirken Berlins halten einen "Sozialpsychiatrischen Dienst". In sechs Bezirken sind mehr als zwei Ärzte, außerdem in allen Bezirken Sozialarbeiter und Schreibkräfte im Sozialpsychiatrischen Dienst beschäftigt. Zu seinen Aufgaben gehört die ärztliche und fürsorgerische Beratung und Betreuung von geistig und psychisch Kranken und Behinderten sowie von Epileptikern und Süchtigen, außerdem die Beratung von Menschen in psychischen Notsituationen (z. B. infolge einer Ehekrise). Ärztlich-medikamentöse Therapie ist dem Dienst nicht erlaubt.

Die zuständigen örtlichen Träger der Sozialhilfe (Landkreise, kreisfreie Städte) übernehmen bei bestehender sozialhilferechtlicher Bedürftigkeit einzelner Personen Kosten für ambulante Betreuung (im Rahmen der vorbeugenden Gesundheitshilfe, der Krankenhilfe, der Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen, der Eingliederungshilfe für Behinderte). Da die örtlichen Träger zu zahlreich sind, wurden nur die Überörtlichen angeschrieben; nach Mitteilung von 13 dieser 19 Überörtlichen Träger unterhalten sie keine ambulanten eigeneinrichtungen.

Als ein Beispiel kommunaler Einrichtungen sollen hier die Ambulanzen der sieben städtischen Krankenhäuser in München beschrieben werden. Die Beschreibung stützt sich auf eine Mitteilung des Betriebs- und Krankenhausreferates der Landeshauptstadt München.

In diesen Krankenhäusern werden aufgrund einer entsprechenden Vereinbarung mit den Bayrischen Krankenkassenverbänden seit 1969 nachstationäre Behandlungen und seit 1971/72 vorstationäre Diagnostik durchgeführt.

Man kann annehmen, daß in allen Krankenhäusern mehr als zwei Ärzte ambulant tätig sind und es sich daher um kooperative Einrichtungen handelt. Eine zusätzliche ärztliche personelle Aufstockung aufgrund der zusätzlichen Aufgaben wurde nicht vorgenommen.

Voraussetzung für die vorstationäre Diagnostik ist die Vorlage einer Krankenseinweisung durch einen niedergelassenen Arzt. In die Untersuchungszeit fallende Mahlzeiten bekommen die ambulanten Patienten im Krankenhaus.

Im Bereich der städtischen Krankenhäuser mit etwa 5000 Planbetten ergeben sich jährlich etwa 5000 Vordiagnostikfälle, vorwiegend in der Inneren Medizin; die Leistungen werden gegenwärtig noch mit dem vollen Pflegesatz abgegolten, ein halbetationärer Pflegesatz ist geplant. Die Nachbehandlungsfälle, vorwiegend in der Chirurgie, werden pauschal mit 29,50 DM (Erwachsene) bzw. 23,60 DM (Kinder) bezahlt. Einer umfangreicheren ambulanten Krankenhausbehandlung sollen gegenwärtig vor allem räumliche Engpässe entgegenstehen.

Die im Juli 1975 zwischen der Deutschen Krankenhauesgesellschaft und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbarten Modellversuche zur vorstationären Diagnostik und nachstationären Behandlung haben bisher noch nicht begonnen.

War es schon schwierig, sich bei der Lückenhaftigkeit des erhobenen Materials ein Bild von den einzelnen Einrichtungen zu machen, so ist es unmöglich, die einzelnen Einrichtungen als Ganze miteinander zu vergleichen und zu beurteilen. Daher beschränkt sich der folgende Vergleich auf einzelne Beurteilungsmaßstäbe.

Außerdem sollen Ursachen für die jeweils festgestellten Unterschiede und Gemeinsamkeiten diskutiert werden, indem Hypothesen über den Zusammenhang mit anderen Beurteilungsmaßstäben, Definitions- oder Einteilungsmerkmalen oder Sachverhalten außerhalb der Einrichtungen formuliert werden.

Es soll im Folgenden nur auf diejenigen Sachverhalte näher eingegangen werden, von denen angenommen werden kann, daß sie aus dem Gesundheitswesen selbst auf die ambulanten Einrichtungen einwirken. Dabei versteht sich, daß ihre Entwicklung Bestandteil gesamtgesellschaftlicher Prozesse ist und in der Realität davon nicht getrennt werden kann; diese Prozesse - vor allem: Morbidität, Wirtschaftsentwicklung und politische Ordnung - beeinflussen sich wiederum wechselseitig und sollen in dieser Anfangsphase der Untersuchung kooperativer ambulanter Einrichtungen unberücksichtigt bleiben.

Die Zahl der kooperativen ambulanten Einrichtungen

Sie gehört zwar nicht zu den Beurteilungsmaßstäben der einzelnen Einrichtungen, kann aber Hinweise auf die Förderung kooperativer Einrichtungen durch das jeweilige Betreuungssystem liefern, indem man sie mit der Zahl aller ambulanten Einrichtungen dieses Systems vergleicht.

Für die Berufsgenossenschaften, die Bundeswehr und die übrigen kleineren Betreuungssystemen liegen keine Angaben über die Gesamtzahl der ambulanten Einrichtungen vor; daher läßt sich die Zahl der erhobenen kooperativen ambulanten Einrichtungen dieser Systeme auch nicht beurteilen.

Im bedeutendsten Betreuungssystem, dem Bereich derjenigen Einrichtungen, die von der GKV Finanzen erhalten, wurden folgende kooperativen ambulanten Einrichtungen erhoben:

- 21 Gemeinschaftspraxen mit mehr als zwei Ärzten,
 - 1 DKD,
 - 2 Max-Planck-Institute,
 - 1 Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke,
 - 3 Eigeneinrichtungen der AOK,
- 13 Eigeneinrichtungen der Knappschaften,
 - 1 Eigeneinrichtung der LVA,
- 26 Medizinische Fachbereiche mit zahlreichen Polikliniken,
 - 7 städtische Krankenhäuser München,

insgesamt 75 Einrichtungen. Den größten Anteil bilden die Universitäts-Polikliniken und die Gemeinschaftspraxen. Die Gesamtzahl ist im Vergleich zu allen ambulanten Einrichtungen - etwa 55000 - verschwindend gering.

Aus der Sicht der Förderung der Kooperation durch das jeweilige Betreuungssystem bzw. der nichtgenutzten Vorteile kooperativer Einrichtungen bieten sich vor allem zwei Hypothesen zur Erklärung dieser geringen Zahl an:

- Die kooperativen ambulanten Einrichtungen erbringen Leistungsarten, die Einzelpraxen oder Partnerschaften nicht erbringen können (dies wird zumindest für die DKD, das Institut für psychogene Erkrankungen und die Medizinische Poliklinik beschrieben). Nimmt man an, daß diese Leistungen

nicht überflüssig sind, sondern einen Bedarf befriedigen, aber nur innerhalb des Einzugsgebietes der jeweiligen Einrichtung, dann stellt sich die Frage, warum die Sozialversicherten die Bereitstellung dieser Leistungen nicht für alle Gebiete erreichen konnten. Daher wäre der geringe Einfluß der Versicherten in der GKV, insbesondere auf die Organisation der ambulanten Betreuung eine erste Erklärungsmöglichkeit.

- Folgt man der Annahme, daß kooperative Einrichtungen ihre Leistungen relativ billiger erbringen können, so kann ihr geringer Anteil auch auf einen geringen Zwang zu wirtschaftlicheren Organisationsformen hinweisen.

An einer wirtschaftlichen Verwendung ihrer Beiträge müssen vor allem die Sozialversicherten interessiert sein; daher wird wiederum ihr geringer Einfluß auf die Organisation der ambulanten Betreuung zum gegenwärtigen Zustand beigetragen haben. - Zwang zu wirtschaftlicheren Organisationsformen kann auch von folgenden Verhältnissen ausgehen: konkurrierten die einzelnen Einrichtungen stärker untereinander um Patienten, Leistungen und niedrige Kosten - außerhalb des Gesundheitswesens, in den USA z. B. auch innerhalb, in Form der maximalen Verwertung des angewendeten Kapitals wie bei gewerblichen Einrichtungen -, so würden sich Einzelpraxen nur in wenigen Fällen gegenüber kooperativen Einrichtungen halten können. Wenn auch diese Form unter den Gesichtspunkten der bedarfsgerechten medizinischen Betreuung und der befriedigenden Arbeitsbedingungen nicht gerade erstrebenswert scheint, so kann doch ihr Fehlen auch den gegenwärtigen Zustand erklären.

Der Einfluß der Sozialversicherten wird im Folgenden insbesondere bei den Vergleichen der Gründungszeitpunkte und der Fachrichtungen eine Rolle spielen. Da eine nennenswerte wirtschaftliche Konkurrenz nicht zu bestehen scheint, wird sie nicht mehr berücksichtigt werden.

Die Gründungszeitpunkte kooperativer ambulanter Einrichtungen

3.3.

Beim Vergleich der Zahl kooperativer Einrichtungen war die Bedeutung des jeweiligen Betreuungssystems bzw. der GKV und des Einflusses der Interessengruppen in ihr herausgestellt worden. Ein Vergleich der Gründungszeitpunkte kann diese Bedeutung unterstreichen, indem er auf die Folgen wechselnder Einflüsse hinweist.

Folgende Gründungszeitpunkte wurden für von der GKV finanzierte Einrichtungen erhoben:

Gemeinschaftspraxen	seit	1959 bzw. 1968
zwei Gemeinschaftspraxen mit 5 Ärzten		1975
OKD Wiesbaden		1970
Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke		1969
drei Eigeneinrichtungen der AOK		1949
		1920 bzw. 1946
		1927
Eigeneinrichtung der LVA Hamburg		1910
Medizinische Poliklinik Marburg		1789

Die Eigeneinrichtungen der AOK wurden nach der Revolution 1918 und nach dem Zusammenbruch des Nationalsozialismus gegründet, als der Einfluß der Sozialversicherten bzw. der Arbeitnehmer insgesamt relativ groß war. Seit 1955 sind Neugründungen nur mit Zustimmung der KVen erlaubt (§ 368 d, Abs. 1 RVG); seitdem wurden keine neuen Einrichtungen der Kassen eröffnet.

Die bestehenden Gemeinschaftspraxen sind jünger. Sie waren von 1937 bis 1959 durch die Berufsordnungen verboten und bis 1968 nur in Ausnahmefällen zu genehmigen. Die Tatsache, daß hier die Ärzte ihre Berufsordnung geändert haben und

nicht der Gesetzgeber den § 368 der RVO, weist darauf hin, daß vor allem die Ärzte selbst an der Vermehrung der kooperativen Einrichtungen (in dieser Form) interessiert waren; der Vergleich der ärztlichen Arbeitszeiten weiter unten kann dafür eine einleuchtende Erklärung bieten.

Bei Lehr- oder Forschungseinrichtungen wie den Universitäts-Polikliniken oder Max-Planck-Instituten läßt sich kein unmittelbarer Zusammenhang mit der GKV erkennen. Die Entwicklung der DKD muß ebenfalls mit anderen und offensichtlich einzigartigen Bedingungen erklärt werden.

Für die berufsgenossenschaftlichen Einrichtungen wurden folgende Gründungszeitpunkte erhoben:

gemeinnützige ambulante berufsgenossen-	1959
schaftliche Rehabilitationseinrichtungen	1962
	1968
	1957
	1953
	1956
	1926
Eigeneinrichtungen der BGen	1890
	1929
	1957

Berufsgenossenschaftliche Einrichtungen wurden im Unterschied zu Kassen-Einrichtungen auch in letzter Zeit gegründet. Hier könnte die Tatsache eine Erklärung bieten, daß die Entscheidung über die Zulassung von Ärzten und Einrichtungen zur berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung bei den Berufsgenossenschaften selbst geblieben ist.

Die Zahl der Ärzte in kooperativen ambulanten
Einrichtungen

Gemeinschaftspraxen mit mehr als zwei Ärzten	meist 3 Ärzte selten 4 oder 5
Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik	
Frankfurt am Main	4
Murnau	5
Berufsgenossenschaftliche Unfallbehandlungsstellen	
Bremen	6
DKD	49
Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke	5
Ambulatorium Wedding	19
Institut für psychogene Erkrankungen	14
Strahleninstitut der ADK Köln	9
Heilanstalt für Beinleiden	5
Ambulanzen des Bundeswehrzentralkrankenhauses	
Koblenz	92
Polizeiklinik Berlin (West)	3
Orthopädische Versorgungsstellen	
Stuttgart	4
Köln	3
Naumburger	3
Medizinische Poliklinik Marburg	19
Sozialpsychiatrische Dienststellen mit mehr als zwei Ärzten	2,5 - 4

Die Zahl der Ärzte in einer Einrichtung war als ein Beurteilungsmaßstab für den Umfang der betrieblichen Kooperation, damit für die mögliche Betreuungsqualität und auch für befriedigende Arbeitsbedingungen entwickelt worden. Der Vergleich zeigt eine ganze Skala von Umfangsgrößen, deren Obergrenze aber bei den Gemeinschaftspraxen deutlich niedriger liegt als bei den gemeinnützigen und den öffentlichen Einrichtungen.

Es läge nahe, die Erklärung für die geringe Zahl von 3.3.
Ärzten in Gemeinschaftspraxen bei dem praktischen Verbot fachüber-
greifender Praxen und dem fehlenden Bedarf an größeren
Praxen einer Fachrichtung zu suchen. Dies kann aber
nicht die Hauptursache sein, da in der DKD (21 Interni-
sten), den Unfallbehandlungsstellen (6 Chirurgen) und
anderen Einrichtungen auch mehr Ärzte einer Fachrich-
tung in einer Einrichtung tätig sind.

Dagegen bieten sich als eine Erklärung für den relativ
geringen Kooperationsumfang die bei der größten Gemein-
schaftspraxis beschriebenen Probleme an. Dort war die
leistungsgerechte Aufteilung der gemeinsamen Einnahmen
bzw. die den Einnahmenanteilen entsprechende Aufteilung
der Arbeit als ein Hauptproblem der Gemeinschaftspraxis
gewertet worden; dieses Problem wird mit zunehmender Zahl
von Eigentümern bzw. Ärzten schwieriger. Im Unterschied
zu diesen Ärzten erhalten die Ärzte in gemeinnützigen
und öffentlichen Einrichtungen ein festes Gehalt, das
bei höheren oder niedrigerem Gehalt ihrer Kollegen nicht
niedriger bzw. höher wird.

Außerdem spielt sicher die Größe des Kapitalbedarfs eine
- anhand des vorliegenden Materials leider nicht zu unter-
suchende - Rolle.

In Gemeinschaftspraxen arbeiten Allgemeinärzte ca. 48 Stunden pro Woche, Fachärzte etwa 46 Stunden⁴⁸. Die Ärzte der übrigen kooperativen ambulanten Einrichtungen sind Angestellte oder Beamte, für die eine 40-Stunden-Woche in der Regel tarifvertraglich vereinbart oder gesetzlich vorgesehen ist; zuzüglich der Überstunden dürfte ihre Wochenarbeitszeit etwa der in Gemeinschaftspraxen entsprechen.

Die Wochenarbeitszeit war als ein Merkmal befriedigender Arbeitsbedingungen gewertet worden. Der Vergleich zeigt, daß die Ärzte in kooperativen Einrichtungen hier gegenüber einzeln niedergelassenen Ärzten mit einer etwa 15 % kürzeren Wochenarbeitszeit deutliche Vorteile haben⁴⁹. Darüberhinaus werden bei einigen kooperativen Einrichtungen Teilzeitbeschäftigungen für Ärzte beschrieben (Unfallbehandlungstellen der Berufsgenossenschaften Berlin, Institut für psychogene Erkrankungen, Sozialpsychiatrischer Dienst), - eine Möglichkeit, die in Einzelpraxen aufgrund der Sprechstunden-, Bereitschafts- und Vertretungspflicht der Kassenärzte⁵⁰ geringer ist.

Eine Erklärung für diese Tatsache ist in der Möglichkeit kooperativer Einrichtungen zu vermuten, die notwendigen Sprechstunden und Bereitschaftsdienste auch ohne die gleichzeitige Anwesenheit aller Ärzte zu gewährleisten. So regelt sich die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen über die Wartezeiten, ohne daß die Ärzte erst bis zur Grenze ihrer Arbeitsfähigkeit belastet werden.

Angesichts der allgemeinen Klagen über die Überlastung der niedergelassenen Ärzte und der durchschnittlich kürzeren Arbeitszeit in Gemeinschaftspraxen, findet die o. g. Aufhebung der Genehmigungspflicht 1968 eine einleuchtende

Erklärung. Diese Arbeitszeitverkürzung läßt sich schon mit Zwei-Ärzte-Gemeinschaftspraxen erreichen, ohne die Schwierigkeiten größerer Gemeinschaftspraxen zu bekommen; so könnte sich die große Zahl von Partnerschaften und die geringe Zahl von Gemeinschaftspraxen im Sinne kooperativer Einrichtungen erklären.

3.3.

Ärzte als Eigentümer in Gemeinschaftspraxen (angestellte Ärzte in Gemeinschaftspraxen wurden nicht erhoben)

vereinbarter Anteil an den gemeinsamen Einzelleistungshonoraren

Ärzte in den Unfallbehandlungsstellen Bremen, der DKD, den Max-Planck-Instituten, Strahleninstitut, Heilanstalt für Beinleiden, Knappschaftsambulanzen, Bundeswehreinrichtungen, Universitäts-Polikliniken und Münchner Krankenhäusern

festes Gehalt, teilweise mit privaten Nebeneinnahmen aus Tätigkeiten innerhalb der Einrichtung (Gutachten, Privat-/Kassenpraxis, Chefarztzulage, Forschungsaufträge, Lehraufträge)

Ärzte im Gemeinschafts-krankenhaus Herdecke

festes Gehalt, keine Nebeneinnahmen

Ärzte im Ambulatorium Wedding

festes Gehalt mit einer Leistungszulage entsprechend der Zahl der Behandlungsfälle und der Einzelleistungen

Als ein Aspekt der Bezahlungsform war die Förderung bestimmter Betreuungsleistungen bezeichnet worden. Unter diesem Gesichtspunkt war ein Beurteilungsmaßstab für bedarfsgerechte medizinische Betreuung und befriedigende Arbeitsbedingungen entwickelt worden: Zeitlohn mit Qualifikations- oder Funktionszulagen soll als bedarfsgerechter und befriedigender gelten als Einzelleistungs-, Fall-, Kopf- oder andere "Stücklohn"-Formen.

Wie der Vergleich zeigt, werden reine Einzelleistungsvergütungen wie bei den einzeln niedergelassenen Kassenärzten in keiner kooperativen ambulanten Einrichtung beschrieben. Die beteiligten und ermächtigten Krankenhausärzte, für die man diese Bezahlungsform annehmen muß, erhalten für ihre stationäre

Tätigkeit ein festes Gehalt. So kommt für die Ärzte in kooperativen ambulanten Einrichtungen zu der kürzeren Arbeitszeit auch der Vorteil einer gewissen Regelmäßigkeit des Einkommens auch bei Krankheit, Urlaub u. ä.

3.3.

Bemerkenswert ist die Verbreitung privater Nebentätigkeiten innerhalb auch der öffentlichen Einrichtungen, obwohl sie z. B. in Herdecke und Wedding ausdrücklich deshalb nicht zugelassen sind, um die Kooperation nicht zu stören.

Die Zahl der Fachgebiete in kooperativen ambulanten Einrichtungen

3.3

Sie wurde als Maßstab bedarfsgerechter Betreuung und befriedigender Arbeitsbedingungen gewertet, weil sie auf die Breite derjenigen Kenntnisse hinweist, die das Personal einer Einrichtung nutzen und in der Betreuung anwenden kann. Dabei ist zu berücksichtigen, daß bei spezialisierten Einrichtungen die Zahl der Fachgebiete keinen Hinweis mehr auf die Breite der Kenntnisse liefert und die Bereitstellung dieser Kenntnisse auch nicht zweckmäßig zu sein braucht, wenn die Patienten diese Einrichtungen nicht direkt, sondern nur mit den entsprechenden Überweisungen in Anspruch nehmen.

Beschränkt man sich also auf die Einrichtungen der Grundbetreuung⁵¹, so ergibt sich folgendes Bild:

Gemeinschaftspraxen mit mehr als zwei Ärzten (eine Ausnahme	Fachgebiete: 1 2)
Ambulatorium Wedding	11
Knappschafts-Krankenhaus Dortmund	7
Sulzbach	5
Bundeswehr-Sanitätsbereiche	1
Sanitätszentren	mehrere

In diesem Punkt sind die Gemeinschaftspraxen hinsichtlich ihrer Betreuung und ihrer Arbeitsbedingungen gegenüber den übrigen kooperativen Einrichtungen deutlich im Nachteil. Wie die Gemeinschaftspraxis mit fünf Ärzten zeigt, in der tatsächlich Ärzte verschiedener Fachrichtungen zusammenarbeiten, liegt der Grund dafür nicht in der freiberuflichen Eigentumsform, sondern in der Nichtzulassung fachübergreifender Praxen durch die KVen; sie befürchten wohl, daß fachübergreifende Praxen für die Patienten anziehender wären und daher die freiberuflichen Einzelpraxen verdrängen würden. Allerdings deuten die erhobene Ausnahme in Duisburg und Äußerungen von Ärztevertretern darauf hin, daß sich in der Zulassung hier eine Änderung anbahnt.

Verordnungen	1,53	ärztliche Mitarbeiter je Allgemeinarzt
Einzelpraxis mit 2 Ärzten	5	
Behandlungseinrichtungen Bremen	6,53	je Arzt
Städtisches	6,48	
Universitätsklinik	3,47	
Institut für psychogene Erkrankungen	0,78	
Strahleninstitut der AOK Köln	11,11	
Klinik für Geriatrie der evA Marburg	3,6	
Medizinische Poliklinik Marburg	2,16	

Zum Vergleich:

Einzelpraxen 3,9 je Allgemeinarzt ³²

Die Zahl nichtärztlicher Mitarbeiter je Arzt war als ein Maßstab entwickelt worden für das Verhältnis von Aufwand und Leistung im Rahmen einer bedarfsgerechten Betreuung.

Der Vergleich zeigt, wie wichtig es für eine Beurteilung ist, die Aufgaben einer Einrichtung zu berücksichtigen und für einen Effizienzvergleich alle Leistungen zu messen; dies wird bei dem zweiten Effizienzmaßstab, den Behandlungsfällen je Arzt noch deutlicher werden.

Die Erklärungen für hohe und niedrige Zahlen liegen auf der Hand: die Überwiegend ärztlichen Leistungen in der Psychotherapie (wobei meistens in der Form dieses Instituts), die Überwiegend technischen Leistungen in der Röntgenologie und die zusätzlichen Lehr- und Forschungsaufgaben in den Universitäts-Polikliniken, die relativ viel Ärzte beschäftigen.

Die übrigen Zahlen lassen sich am besten mit den Behandlungsfällen je Arzt gemeinsam weiter unten diskutieren.

Sie waren als ein Maßstab für befriedigende Arbeitsbedingungen gewertet worden. In einigen Einrichtungen wurden Personalkantine und Aufenthaltsräume beschrieben, Kindertagesstätten, Sportgruppen und -einrichtungen usw. werden kaum erwähnt und sind wohl auch nur selten vorhanden. Eine vergleichende Beurteilung ist daher nicht möglich.

Ein Betriebs- oder Personalrat wurde für die DKD, die Unfallbehandlungsstellen Bremen und die Medizinische Poliklinik beschrieben. Auch in den übrigen öffentlichen Einrichtungen sind Personalräte zu vermuten, da sie gesetzlich vorgeschrieben sind mit Ausnahme der Bundeswehr-Einrichtungen, in denen nur Soldaten tätig sind. Darüberhinaus wurden für die DKD und die Medizinische Poliklinik noch weitere Gremien beschrieben, in denen das Personal vertreten ist.

Mitbestimmungsorgane des Personals waren als ein Merkmal der ausgleichenden Arbeitsbedingungen gewertet worden. Der Vergleich zeigt, daß diese Organe nur in freiberuflichen Einrichtungen nicht vorhanden zu sein scheinen. Eine Erklärung für diese Tatsache läßt sich in der Stärke des Personals größerer Einrichtungen vermuten: nach dem Betriebsverfassungsgesetz werden in allen Betrieben mit mindestens fünf Arbeitnehmern Betriebsräte gewählt (ausgenommen nur Einrichtungen von Religionsgemeinschaften); tatsächlich aber werden sie häufig erst auf Initiative des Personals selbst oder seiner Gewerkschaft gewählt (in Großbetrieben sind darüber hinaus auch die Unternehmer an einem Betriebsrat interessiert zur Erledigung sozialer Angelegenheiten).

Die gesetzlich fixierte Benachteiligung des Personals kleinerer Einrichtungen besteht auch auf anderen Gebieten, z. B. gilt das Kündigungsschutzgesetz nur in Betrieben mit mehr als fünf Arbeitnehmern, also nicht in einigen Gemeinschaftspraxen und in vielen freiberuflichen Einzelpraxen.

Unter diesem Gesichtspunkt der institutionalisierten Interessenvertretung der Arbeitnehmer schneiden daher die Gemeinschaftspraxen und vor allem die freiberuflichen Einzelpraxen schlechter ab als die übrigen kooperativen ambulanten Einrichtungen.

In 14,5 % der Gemeinschaftspraxen (einschließlich Partnerschaften) gibt es eine Regelung der Leitungsfunktionen in irgend einer Form. In der Gemeinschaftspraxis mit fünf Ärzten, der DKD, den Unfallbehandlungsstellen, dem Ambulatorium, den Bundeswehr-Einrichtungen und der Medizinischen Poliklinik sind Leistungsregelungen beschrieben, auch in den übrigen größeren Einrichtungen dürften sie vorhanden sein. In der Regel gibt es in gemeinnützigen und öffentlichen Einrichtungen einen (hauptamtlichen) Verwaltungsleiter und einen (nebenamtlichen) ärztlichen Leiter.

Eine Leistungsregelung war als ein Merkmal möglicher Effizienz gewertet worden. Der Vergleich zeigt, daß diese Möglichkeit nur in Einrichtungen mit drei Ärzten nicht immer vorhanden zu sein scheint. Eine Erklärung für diese Tatsache läßt sich darin vermuten, daß größere Einrichtungen mit ihrem zahlreichen arbeitsteiligen und kooperativen Abläufen ohne irgendeine Leitung überhaupt nicht funktionsfähig wären. Für eine Beurteilung, wieweit diese Möglichkeit größere Effizienz genutzt wird, wären Untersuchungen über die verschiedenen Formen der Leitungsorganisation notwendig.

39 % der Gemeinschaftspraxen (einschließlich Partnerschaften) verfügen über eine Röntgeneinrichtung, 52,5 % über mindestens ein EKG. Auch bei den übrigen kooperativen ambulanten Einrichtungen sind diese Geräte beschrieben oder mit Sicherheit zu vermuten; nur die Unfallbehandlungsstellen Bremen haben kein EKG. Zum Vergleich: 27,4 % der freiberuflichen Kassenärzte haben ein Röntgengerät und 43,8 % ein EKG⁵³.

Die Ausstattung mit medizinischen Geräten war als ein Maßstab befriedigender Arbeitsbedingungen und bedarfsgerechter Betreuung gewertet worden: sie können einerseits die Arbeit erleichtern und vielseitiger machen, andererseits sind sie eine Voraussetzung für bestimmte Betreuungsleistungen. Der Vergleich zeigt, daß die Gemeinschaftspraxen etwas besser - insbesondere mit Röntgen- und EKG-Geräten - ausgestattet sind als die Einzelpraxen und daß die beschriebenen kooperativen Einrichtungen - mit Ausnahme der Unfallbehandlungsstellen Bremen - alle über diese Geräte verfügen. Eine Erklärung für diese Tatsache läßt sich in der besseren Auslastung dieser Geräte in kooperativen Einrichtungen und - bei öffentlichen Einrichtungen - in der Unabhängigkeit von kurzfristigen Rentabilitätsabwägungen vermuten.

Eine differenzierte Beurteilung der Ausstattung in den verschiedenen kooperativen Einrichtungen ist aufgrund der Lückenhaftigkeit der erhobenen Beschreibungen nicht möglich. Eine solche Differenzierung müßte allerdings auch die Aufgabenverteilung zwischen den Einrichtungen einer Region und die Geräteausrüstung (Erreichbarkeit für Patienten, Überkapazitäten) berücksichtigen und daher einen umfangreicheren Gegenstand haben als diese Untersuchung.

Die durchschnittliche Wartezeit der Patienten wird von den Ärzten selbst in allgemeinärztlichen Gemeinschaftspraxen mit 39 Minuten, in fachärztlichen mit 35 Minuten angegeben, in der Gemeinschaftspraxis mit fünf Ärzten mit 49,2 Minuten; nennenswerte Unterschiede zwischen Einzel- und Gemeinschaftspraxen sollen nicht bestehen ⁵⁴.

Nach einer Umfrage unter der Bevölkerung beträgt die Wartezeit bei niedergelassenen Ärzten durchschnittlich 72 Minuten, in Krankenhausambulanzen 64 Minuten; Kassenpatienten sollen deutlich länger warten als Privatpatienten ⁵⁵.

Für die übrigen Einrichtungen werden keine Wartezeiten beschrieben, allerdings sind extrem lange Wartezeiten in Universitäts-Polikliniken aus Zeitungen ⁵⁶ und persönlichen Mitteilungen bekannt.

Die Wartezeiten der Patienten waren als ein Maßstab bedarfsgerechter Betreuung, insbesondere ihrer Qualität gewertet worden. Beim Vergleich ist am bemerkenswertesten das Fehlen meist irgendwelcher und im übrigen gesicherter Angaben. Diese Tatsache läßt organisierte Bemühungen um diese Seite der medizinischen Betreuung als Ausnahme ⁵⁷ erscheinen. Beim Vergleich der Wartezeiten in Einzel- und Gemeinschaftspraxen entsteht außerdem die Vermutung, daß eine Senkung der Wartezeiten unter das regional durchschnittliche Maß bei einzelnen direkt zugänglichen Einrichtungen nicht zu erwarten ist, sondern nur gemeinsame Bemühungen aller regionalen Einrichtungen erfolgreich sein können. Dann es ist damit zu rechnen, daß Patienten zu der Einrichtung mit der kürzeren Wartezeit in ihrer Nachbarschaft wechseln, bis wieder ein Ausgleich stattgefunden hat.

Gemeinschaftspraxen (einschließlich Partnerschaften) - allgemeinärztliche	850	Behandlungsfälle
- fachärztliche	900	je Arzt
		und Quartal
Gemeinschaftspraxis mit fünf Ärzten	1494	
Unfallbehandlungsstellen Bremen	313	
DKD Wiesbaden	67	
Ambulatorium Wedding	1043	
Institut für psychogene Erkrankungen	71	
Medizinische Poliklinik (1.Qu. 1975)	187	
Zum Vergleich:		
Einzelpraxis	1111 ⁵⁸	

Die Zahl der Behandlungsfälle je Arzt und Quartal war als ein Maßstab entwickelt worden für das Verhältnis von Aufwand und Leistung im Rahmen einer bedarfsgerechten Betreuung.

Wie schon beim Vergleich der Zahl nichtärztlicher Mitarbeiter je Arzt sind auch hier die deutlich abweichenden Zahlen durch besondere Leistungen dieser Einrichtungen zu erklären: die zusätzlichen D-Arztstätigkeiten der Unfallbehandlungsstellen, die hochspezialisierte und zeitaufwendige Betreuung an der DKD, die zeitaufwendige Psychotherapie am Institut für psychogene Erkrankungen, die teilweise hochspezialisierte Betreuung, die Lehre und Forschung an der Universitäts-Poliklinik. Der häufige Schluß: weniger Behandlungsfälle an Universitäts-Polikliniken, also sind öffentliche Einrichtungen ineffizienter als freiberufliche ist daher nicht gerechtfertigt.

Der Vergleich der übrigen Einrichtungen soll die Zahl der nichtärztlichen Mitarbeiter je Arzt und die Arbeitszeit mit berücksichtigen. Ausgehend von der Meinung der "Gemeinschaftspraxis '73", "daß in einer Gemeinschaftspraxis, je nach Leistungsspektrum und Praxisablauf, mit relativ geringerem nicht-

ärztlichen Personal auszukommen ist als in einer Einzelpraxis" ⁵⁹, läßt sich die geringere Zahl nichtärztlicher Mitarbeiter je Arzt in Gemeinschaftspraxen im Vergleich zu Einzelpraxen erklären als Folge des Quantitätsvorteils der Kooperation (3,63 zu 3,9) und die geringere Zahl der Behandlungsfälle je Arzt als Folge der Arbeitszeitverkürzung: 15 % kürzere Arbeitszeit, 22 % weniger Behandlungsfälle; die überdurchschnittliche Abnahme der Behandlungsfälle erinnert daran, daß auch noch andere Faktoren z. B. höhere Betreuungsqualität eine Rolle spielen können.

Für die Abweichungen der Gemeinschaftspraxis mit fünf Ärzten und des Ambulatorium Wedding bieten sich folgende Hypothesen an; beide sollen mit den Gemeinschaftspraxen (einschließlich Partnerschaften) verglichen werden, um von etwa gleichen Arbeitszeiten der Ärzte auszugehen.

- In der Gemeinschaftspraxis mit fünf Ärzten ist die Zahl der Behandlungsfälle um 70 % höher und die der nichtärztlichen Mitarbeiter um 37 %. Es ist zu vermuten, daß hier über den Quantitätsvorteil der Kooperation hinaus eine Delegation bisher ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliche Mitarbeiter wirksam geworden ist.

- Im Ambulatorium Wedding mit seinen 19 Ärzten ist die Zahl der Behandlungsfälle um 19 % höher und die der nichtärztlichen Mitarbeiter um 5 % geringer. Auch hier läßt sich als Ursache der Quantitätsvorteil der (noch weitergehenden) Kooperation vermuten, der allerdings nicht zu einer so extremen Vermehrung der Fallzahlen, sondern auch zu einem weiter sinkenden Anteil nichtärztlicher Mitarbeiter geführt hat.

Diese Überlegungen führen u. a. zu der Feststellung, daß für den Vergleich der Einrichtungen bezüglich einer bedarfsgerechten Betreuung, insbesondere ihrer Effizienz auch Einigkeit darüber bestehen muß, welche Berufsgruppen die jeweiligen Tätigkeiten ausüben sollen. Insgesamt jedenfalls lassen sich gängige Behauptungen von dem "ineffizienten und anonymen Massenbetrieb der Ambulatorien" mit dem bekannten Material nicht beweisen.

Die Finanzierungsformen kooperativer ambulanter Einrichtungen

Gemeinschaftspraxen, Ambulanzen beteiligter und ermächtigter Ärzte, Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, Strahleninstitut der AOK Köln	Einzelleistungsvergütung über KV
Berufsgenossenschaftliche Einrichtungen, Heilanstalt für Beinleiden	nach den Kosten berechnete Pauschalen
DKD Wiesbaden, Max-Planck-Institut	Einzelleistungsvergütung über KV und staatliche Zuschüsse
Ambulatorium Wedding, Institut für psychogene Erkrankungen	aus dem Haushalt der AOK nach Haushaltsplan
Knappschaftseinrichtungen	teils pauschal, teils nach Einzelleistungsvergütung über KVen oder direkt durch Kassen, BGen und Knappschaft
Bundeswehr-Einrichtungen, Polizeiklinik, Orthopädische Versorgungsstellen, Sozialpsychiatrischer Dienst	aus dem Haushalt der jeweiligen öffentlichen Verwaltung nach Haushaltsplan
Universitäts-Polikliniken	aus dem Haushalt der zuständigen Landesbehörde, Behandlungsfallpauschalen über KV (und Pflegesatz)
städtische Krankenhäuser München	für Vordiagnostiktage Pflegesätze, für Nachbehandlung Pauschalen direkt von den Kassen

Die Finanzierungsform war als ein Merkmal möglicher Betreuungsqualität und -quantität gewertet worden, indem der Eigentümer einer Einrichtung stimuliert werden kann, bestimmte Leistungen zu ermöglichen z. B. durch Einstellung des entsprechenden Per-

sonale, durch entsprechende Geräteinvestition oder entsprechende Organisationsregelungen. Finanzierungsformen, die sich mehr nach der Wirkung der Betreuungsleistungen richten als nur nach der Leistungsmenge können dabei als der medizinischen Betreuung entsprechender gelten.

3.3.

Der Vergleich zeigt bei privaten Einrichtungen eine nur an der Leistungsmenge orientierte Finanzierungsform, bei fast allen öffentlichen Einrichtungen eine nicht direkt mit der Leistung zusammenhängende Finanzierungsform; die privaten, aber gemeinnützigen Einrichtungen mit öffentlichen Eigentümern (DKD, Unfallbehandlungsstellen) zeigen eine Zwischenform. Eine an der Betreuungsquantität und -qualität orientierte Finanzierungsform wird für keine Einrichtung beschrieben. Unter diesen Bedingungen erscheint diejenige Finanzierungsform bedarfsgerechter, die im Verlauf der Finanzzuteilung eine differenziertere Argumentation ermöglicht, als diejenige, die nur die Leistungsmenge stimuliert.

3.4. Diskussion der benutzten Gliederung der kooperativen ambulanten Einrichtungen

3

Wie hat sich nun die benutzte Gliederung, die ja nicht aus dem erhobenen Material, sondern aus der Literatur entwickelt wurde, bewährt, insbesondere: spiegelt sie wesentliche Eigenschaften der kooperativen ambulanten Einrichtungen wieder? Gliederungsmerkmal war der juristische Charakter der jeweiligen Einrichtung; der Eigentümer entscheidet über Gründung, Betrieb und Schließung der Einrichtung, ihre Aufgaben bzw. Leistungen, ihre zahlenmäßige, berufliche und personelle Besetzung, die Bezahlungsform des Personals, ihre Ausstattung, ihre Organisation usw. Es muß nun erwartet werden, daß sich in der Beschreibung dieser Sachverhalte Unterschiede zeigen, die im wesentlichen durch den jeweiligen Eigentümer und seine Ziele bzw. Interessen zu klären sind.

Eines der bemerkenswertesten Ergebnisse der Untersuchung war die geringe Zahl von Ärzten in einer Gemeinschaftspraxis. Diese Begrenzung war nicht durch Einflüsse von außen, z. B. das Verbot fachübergreifender Gemeinschaftspraxen durch die KVen zu erklären. Sie wurde vielmehr interessiert als eine Entscheidung der ärztlichen Eigentümer, die im wesentlichen aus ihren Interessen verständlich ist: dadurch sollen Konflikte um die Verteilung der Arbeit und des Einkommens unter den ärztlichen Eigentümern begrenzt werden. Leider ließ sich dieser Zusammenhang bei der zweiten freiberuflichen Einrichtungsform, den Ambulanzen beteiligter oder ermächtigter Kassenärzte nicht prüfen, da kein Material erhoben werden konnte. Bei der gemeinnützigen und der öffentlichen Einrichtungsform jedenfalls fand sich keine derartige Begrenzung der Ärztezahl.

Es läßt sich ein zweiter Zusammenhang zwischen Einrichtungsform und beschriebenen Merkmalen feststellen: die Aufgaben und Leistungen der freiberuflichen und der Kassen-Einrichtungen sind im wesentlichen auf die medizinische Betreuung beschränkt, während die staatlichen Einrichtungen, z. B. die Universitäts-Polikliniken auch zur weiteren Entwicklung der medizinischen Betreuung durch Lehre und Forschung beitragen. Da freiberufliche Ärzte und Krankenkassen ihre Honorare bzw. die Beiträge für die medizinische Betreuung erhalten, ist es nur notwendig, daß sie in ihren Einrichtungen auch vor allem diese Betreuungsleistungen erbringen. Es charakterisiert die Flexibilität der gemeinnützigen Einrichtungsform, daß auch hier Einrichtungen wie die DKD und die Max-Planck-Institute über die unmittelbare medizinische Betreuung hinaus Aufgaben erfüllen - beispielsweise mit öffentlichen Zuschüssen und teilweise öffentlichen Eigentümern.

Gerade die gemeinnützige Einrichtungsform zeigt, daß die Einteilung insgesamt noch wenig differenziert ist. Dies liegt nicht nur an der Lückenhaftigkeit des erhobenen Materials, sondern auch an der geringen Entwicklung der kooperativen ambulanten Einrichtungen selbst. Bei wenigen Einrichtungen spielt der Zufall noch eine so große Rolle, daß sich allgemeine Eigenschaften der jeweiligen Formen nur schwer erkennen lassen. - Es können Eigenschaften dieser Formen vermutet werden, die erst durch ihre weitere Ausbreitung Bedeutung erhalten, z. B. bei staatlichen Einrichtungen: Damit eine Einrichtung funktionieren kann, müssen u. a. die Kosten durch Einnahmen gedeckt werden; hierbei kann der Eigentümer Unkosten einer Einrichtung durch Einnahmen einer anderen seiner Einrichtungen decken; im Unterschied zu allen anderen kann der Staat als Eigentümer im Prinzip zwischen sämtlichen Einrichtungen und Bereichen der Gesell-

3.4
schaft umverteilen. Wo eine bedarfsgerechte medizinische
Betreuung - d. h. auch eine gleichmäßige in Städten, Stadt-
rand- und ländlichen Gebieten - zielstrebig entwickelt würde,
wird die staatliche Eigentumsform aufgrund dieser Eigenschaf-
ten an Bedeutung gewinnen und sich damit die Charakteristik
der jetzigen staatlichen Einrichtungen deutlich verschieben.

Mit der hier benutzten Definition der kooperativen ambulanten Einrichtungen wurde ein Gegenstand abgegrenzt, dessen Untersuchung zu zahlreichen Informationen und Überlegungen geführt hat. Diese können insbesondere für drei Gruppen interessant sein.

Zum ersten könnte es sich dabei um Mediziner handeln, vor allem um Krankenhausärzte, die sich niederlassen wollen und über das Einkommen hinaus in ihrer Arbeit Befriedigung suchen, - mit der Kooperation, wie sie sie evtl. im Krankenhaus kennen gelernt haben, ohne allzu viel finanzielle Überlegungen, wie es ebenfalls im Krankenhaus üblich ist, aber auch ohne die häufige Krankenhaushierarchie und ähnliche persönliche Abhängigkeitsverhältnisse. Sie könnten sich am ehesten für die gemeinnützigen Einrichtungen, und zwar für das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, das Gesundheitszentrum Gropiusstadt o. ä. Einrichtungen interessieren. Es scheint für derartige Gruppen typisch zu sein, daß sie befreundet sind, teilweise auch weltanschauliche Ansichten gemeinsam haben und in diesen Einrichtungen eine umfassendere medizinische Betreuung mit einer weitgehenden Gleichberechtigung aller Mitarbeiter verbinden. Wegen persönlicher und lokaler Besonderheiten werden sich diese Modelle nicht ohne weiteres übertragen lassen, insbesondere die pauschale Bezahlungsform könnte bei schwächeren persönlichen Beziehungen mit Konflikten verbunden sein. Daher wird jede Gruppe die positiven Elemente zusammentragen und entwickeln müssen.

Zum zweiten könnte diese Untersuchung Anregungen für einige gesundheitspolitische Entscheidungen geben. Zur Lösung zahlreicher Probleme - Unterversorgung von Stadtrand- und ländlichen Gebieten, Rationalisierung usw. - richtet sich

das Interesse auf die Kooperation. Es stellt sich die Frage, wem denn KVen, Gemeinden usw. Umsatzgarantien, Zuschüsse, Grundstücke und ähnliche Hilfen anbieten sollten, um die gewünschte Leistung zu bewirken. Bleiben die Gemeinschaftspraxen so klein wie hier erhoben, kann man nicht erwarten, daß sie den Qualitäts- und Quantitätsvorteil der Kooperation voll nutzen. Zu ihrer weiteren Entwicklung meinen Schaefer und Blomke:

4.

"Man hat versucht, dem Dilemma der Spezialisierung dadurch zu entgehen, daß mehrere Ärzte sich zum Betrieb einer Praxis zusammenschließen, wobei dieser Zusammenschluß sich auf gemeinsame Apparaturen beschränken kann ("Praxisgemeinschaft"), aber auch eine völlige Gemeinsamkeit der Patienten angestrebt werden könnte, mit wechselseitiger konsiliarischer Beratung ("Gemeinschaftspraxis"). Letztere ist den Ärztekammern aus sicher nicht sehr modernen Gründen ein Dorn im Auge, wäre aber wohl ein Weg, der die Probleme der ärztlichen Allgemeinpraxis noch eine Weile lösen könnte. Eine Dauerlösung ist es nicht. Sie müßte notwendiger Weise in die Gemeinschaft von Spezialisten, also eine "Gruppenpraxis" verschiedener Spezialärzte, münden, ein Versuch, der auf dem Boden einer staatlichen Betreuung in Berlin nicht ohne Erfolg beschritten wurde." 60

Auf die hier vermuteten inneren Grenzen freiberuflicher Einrichtungen weist die festgestellte begrenzte Zahl, Größe und fachliche Breite freiberuflicher Einrichtungen hin. Angesichts der gesundheitspolitischen Situation erscheint allerdings die Einrichtung zahlreicher staatlicher Ambulatorien gegenwärtig nicht möglich. Auch hier bieten sich wiederum gemeinnützige Einrichtungen an, wo der Verbleib öffentlicher Zuschüsse eher als bei freiberuflichen beeinflußt werden kann; das Gemeinschafts-krankenhaus Herdecke und das Gesundheitszentrum Gropiusstadt haben beide auch tatsächlich öffentliche Zuschüsse erhalten; weitere Gesundheitszentren werden in Neubaubereichen mit öffentlicher Unterstützung geplant.

Zum dritten könnten weitergehende Forschungen einen Anstoß erhalten. Welche Interessen verfolgen die verschiedenen Eigentümer mit dem Betrieb der Einrichtungen? Welche Einrichtung können die organisatorischen Voraussetzungen umfassenderer, prophylaktisch orientierter Betreuung realisieren? Derartige Forschungen sind auch heute schon möglich; kooperative ambulante Einrichtungen sind schon zahlreicher als allgemein bekannt; der Eindruck, die ambulante Betreuung geschehe ausschließlich durch einzeln niedergelassene Kassenärzte ist nicht zutreffend. Derartige, von den zuständigen Verwaltungen bisher vernachlässigte Forschungen sind umso dringender, als die sachgerechte Lösung gesundheitspolitischer Probleme die Kenntnis des gegenwärtigen Zustandes voraussetzt.

Defür ist allerdings der Untersuchungsgegenstand auszuweiten, insbesondere auf die Sozialgesetzgebung bzw. -versicherung; die Gründungszeitpunkte der kooperativen ambulanten Einrichtungen haben den bedeutenden Einfluß der RVG und der Interessengruppen gezeigt. Aus Untersuchungen in den USA, wo die Entwicklung der kooperativen ambulanten Einrichtungen weiter fortgeschritten ist, schlußfolgert Freidson:

"Wenn man keine konkreteren Bestimmungen einführt, dann kann die so definierte Gruppen-Praxis (=kooperative ambulante Einrichtung, F. E.), von der Öffentlichkeit unterstützt, sowohl zu einer weiteren Verschlechterung als auch zur Verbesserung gesundheitsbezogener Dienstleistungen führen. ... Was dabei herauskommt, scheint davon abhängig, ob dem Konsumenten eine Rolle bei der Mitbestimmung über die kassenmäßig garantierten Dienstleistungen oder über die Ärztegruppe eingeräumt wird." 61

Die Anpassung der Einrichtungen an die Erfordernisse der umfangreicheren medizinischen Kenntnisse und Technik (=Kooperation) ist also nur eine "notwendige", aber keine "hinreichende" Bedingung einer bedarfsgerechten medizinischen Betreuung und befriedigender Arbeitsbedingungen. Hinreichend sind erst Bedingungen, die dazu führen, daß die Kooperationsvorteile auch für diese Ziele genutzt werden; diese Bedingungen muß die Gesundheitspolitik setzen.

Zusammenfassung:

Untersuchungsgegenstand sind die in der Bundesrepublik bestehenden kooperativen ambulanten Einrichtungen, deren Struktur und Funktion diese Arbeit klären soll.

Sie werden definiert als ärztlich-kooperative, solidarisch-finanzierte, umfassend-medizinische ambulante Gesundheitseinrichtungen. Ihre Beschreibungen werden durch Umfragen bei den Verwaltungen der Solidargemeinschaften und bei den Einrichtungen selbst sowie vereinzelt aus der meist schwer zugänglichen Literatur erhoben. Beurteilungsmaßstäbe für ihren Vergleich werden aus den Begriffen "bedarfsgerechte medizinische Betreuung" und "befriedigende Arbeitsbedingungen des Personals" entwickelt. Die Einrichtungen werden in Anlehnung an die Literatur in private (freiberufliche, gewerbliche und gemeinnützige) und öffentliche (Sozialversicherungs- und sonstige öffentliche) Einrichtungen gegliedert.

Wie die Erhebung zeigt, scheinen die zuständigen Verwaltungen über diese ihre zukunfts trächtigen Einrichtungen kaum informiert, während die Einrichtungen selbst bereitwillig Auskunft gaben, soweit sie dazu ohne besonderes Personal in der Lage sind. Trotz der wohl lückenhaften Erhebung konnten neben den bekannten Gemeinschaftspraxen und Universitäts-Polikliniken eine ganze Anzahl von Krankenhausambulanzen, Ambulatorien, Gesundheitszentren und anderen kooperativen Einrichtungen (insgesamt 109) festgestellt werden. Sie weisen zahlreiche Unterschiede in der Zahl der Ärzte, ihrer Bezahlungsform und ihren Fachrichtungen, in der Eigentumsform der Einrichtungen, ihren Leistungen und ihrer Finanzierungsform sowie anderen Merkmalen auf. Eine derartige Übersicht über Zahl, Struktur und Funktion kooperativer ambulanter Einrichtungen in der Bundesrepublik war bisher in der Literatur nicht bekannt.

Bemerkenswert ist insbesondere die relativ geringe Zahl der Ärzte (meist drei, maximal fünf) in einer freiberuflichen Einrichtung im Vergleich zu einer ganzen Skala bis 92 Ärzten in anderen Einrichtungsformen. - Eine zukunftsträchtige Entwicklung scheinen gemeinnützige Einrichtungen zu sein, in denen engagierte Ärzte und anderes Personal eine umfassende medizinische Betreuung mit weitgehender Gleichberechtigung aller Mitarbeiter anstreben (Krankenhaus Herdecke, Gesundheitszentren), - eine Form, die - mit der notwendigen öffentlichen Förderung - die medizinische Tätigkeit in ländlichen und Stadtrandgebieten anziehender machen und eine Unterversorgung dort verringern könnte. - Schließlich werden die unterschiedlichen Auswirkungen der Kooperation deutlich; dies stellt der weiteren medizinsoziologischen Forschung die Frage nach denjenigen Bedingungen, die dazu führen, daß die Kooperationsvorteile auch für eine bedarfsgerechte medizinische Betreuung und befriedigende Arbeitsbedingungen genutzt werden.

... (1970), S. 30.

2) Nach: Wörterbuch der Ökonomie: (1973), S. 357.

"Medizinische Betreuung" wird hier benutzt als Unterbegriff für die patientengebundenen Tätigkeiten, im Unterschied zu dem Oberbegriff, der auch die medizinische und die wirtschaftliche Versorgung (z. B. Labor bzw. Wäscherei oder Medikamentenversorgung) als patientenfernere Tätigkeiten im Gesundheitswesen umfaßt (Vgl. Gesundheitswesen und Ökonomie: (1970), S. 140, 141). Laborinstitute, Pharmabetriebe u. ä. gehören daher nicht zum Untersuchungsgegenstand.

Wenn hier geschrieben wird, daß das Personal auf die Patienten einwirkt, soll doch auch darauf hingewiesen werden, daß die Patienten in der Regel nicht nur Arbeitsgegenstand, sondern gleichzeitig mehr oder weniger auch Arbeitskraft in der Betreuung ihrer eigenen Person oder Patientengruppe sind; zur Problematik des Begriffes "Patient" vgl. Rosenberg, P.: (1975), S. 23-25. Da sich in dem erhobenen Material keine Angaben über die Kooperation der Patienten fanden, bleibt diese Bemerkung ohne Folgen für die weitere Untersuchung.

3) Es werden auch andere Unterscheidungsmerkmale zur stationären Betreuung genannt, z. B. unterschiedliche Untersuchungs- und Behandlungsstrategien (Vgl. Giere, W.: u. R. W. Schuster: (1975), S. 1). Diese sind aber in dem erhobenen Material kaum beschrieben und lassen sich daher zur Definition nicht benutzen.

4) Nach: Wörterbuch Soziologie: (1969), S. 251-255.

5) Nach: Ferber, Ch. v.: (1975), S. 17, 18.

6) Vgl. Kreienberg, W.: (1968), S. 1507.

7) Rosenberg, F.: (1975), S. 184.

8) Winter, K.: (1970), S. 197. Wieweit hier auch Einrichtungen vor Gründung der GKV erwähnt werden könnten, braucht nicht diskutiert zu werden.

9) Pfeffer-Küppers, M., S. 71/72. Allerdings zählt sie unverständlicherweise die DKO nicht zu den ambulanten Einrichtungen.

- 10) Wolff, M.: (1973). (Aus dem Institut für Freie Berufe an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen Nürnberg, mit Unterstützung der Stiftung zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung über Wesen und Bedeutung der freien Berufe - Ludwig-Sievers-Stiftung).
- 11) Gemeinschaftspraxis '73: (1975). (Heftreihe des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland).
- 12) Nach: Kurella, St., R. Löther, J. Rothe: (1974), S. 1088-1091.
- 13) Hüttner, I. u. H., M. Fuchs:
(1973), S. 441, 442.
- 14) Rosenberg, P.: (1975), S. 213 ("Diese medizinisch wie finanziell negativ zu beurteilende Steuerungswirkung des Einzelleistungsvergütungssystems ..."). Gegenteiliger Meinung über die gegenwärtige Einzelleistungshonorierung ist z. B. der Präsident der Landesärztekammer Hessen, der vor der Delegiertenversammlung dazu ausführt: "Es ist für mich unfaßbar, wie man trotz drückender Beweislast ignoriert, daß jede Institutionalisierung in der Medizin unüberschaubare Mehrbelastungen mit sich bringt gegenüber der freien Berufsausübung. Diese, ausgezeichnet durch persönliches Engagement, auch mit dem Ziel, aus der Eigenverantwortung und Arbeit, die nicht gemessen wird an Indices und Größen von Tarifordnungen, für Mehrleistung mehr zu verdienen, wer wollte das bestreiten, dient zweifelsfrei in besonderem Maße auch den Interessen der Bürger unseres Landes." (Bechthold, W.: (1975), S. 9)
- 15) Der Krankheits- oder Versicherungsfall dauert so lange, wie die ihn verursachende Krankheit im Sinne der RVO andauert. Der Behandlungsfall ist ein Krankheitsfall bis zum Ablauf des Abrechnungszeitraumes oder bis zu einer Überweisung an einen anderen Arzt, vgl. § 9, Abs. 2 BMV-Ä.
- 16) Wolff, M.: (1973), S. 121.
- 17) Eine Untersuchung einer (überwiegend) stationären Einrichtung z. B. Tücks, M.: (1973).
- 18) Deppe, H.-U.: (1974), S. 13.
- 19) Pfeffer-Küppers, M.; Kreienberg, W.: (1968); König, G.: (1967), S. 2413 - 2419; um nur einige ausführlichere Arbeiten im Zusammenhang mit kooperativen Einrichtungen zu nennen.

20) Kreienberg, W.: (1968), S. 1505, 1507.

21) Zum Begriff: Meier-Greve unterscheidet die Berufsstellung (auch als "Berufstätigkeit" bezeichnet) von der Berufsausübung (auch als "ärztliche Tätigkeit" bezeichnet); letztere sei schon der Natur der Tätigkeit nach von Weisungen weitgehend frei, also unabhängig - auch in abhängiger Berufsstellung (Meier-Greve, H.: (1968), S. 193, Anm. 1). Dieser Unterschied, daß die abhängige Berufstellung zwar eine vorgeschriebene Arbeitszeit, nicht aber eine vorgeschriebene Diagnose bedeuten kann, wird in der gesundheitspolitischen Diskussion häufig übersehen.

22) Deppe, H. - U.: (1974), S. 12, 13; ders.: (1972), S. 329 - 335; ders.: (1973), S. 100 - 104.

Ähnlich z. B. Holldack, F.: (1973).

23) Z. B. eine neuere Arbeit, die die stationären Einrichtungen ebenfalls nach der rechtlichen Stellung der Träger und damit nach ihren verschiedenen Motivationen beim Betreiben der Einrichtungen gliedert: Schmitt, H.-J.: (1976). Er gliedert in öffentliche Träger einerseits und private (darunter gemeinnützige und erwerbswirtschaftliche bzw. private) andererseits.

24) Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/Psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung -, S. 9.

25) Übersicht über die Zahl der Gemeinschaftspraxen am 31. 12. 1974.

26) Wolff, M.: (1973), S. 56, 57.

27) Mitteilung der Bezirksstelle Duisburg der KV Nordrhein an die Abteilung für Medizinische Soziologie v. 18. 2. 76.

28) Wolff, M.: (1973), S. 121.

29) errechnet nach "gemeinschaftspraxis '73", S. 37, 38.

30) "gemeinschaftspraxis '73", S. 45.

31) ebenda

32) Wolff, M.: (1973), S. 121.

33) ebenda, S. 119.

34) "gemeinschaftspraxis '73", S. 42.

35) ebenda, S. 40.

36) ebenda, S. 27.

37) ebenda, S. 30.

38) Fauvet, A.: (1968), S. 135.

39) "gemeinschaftspraxis '73", S. 18.

40) § 368 a, Abs. 8 RVO u. § 29 ZD, in: Arztrecht in Niedersachsen. (1971).

41) § 30 ZD, ebenda.

42) § 10 BMV-Ä, ebenda.

43) Gesundheits- und Sozialpolitische Vorstellungen der Deutschen Ärzteschaft, S. 21.

44) § 30, Abs. 2 ZD, In: Arztrecht in Niedersachsen (1971).

45) Nach: Meier-Greve, H.: (1968), S. 190.

46) Die häufige Ansicht noch stärkerer Beschränkungen ("In der Praxis ist die Beteiligung der Polikliniken durchweg in der Weise geregelt, daß als Vergütung ein Pauschbetrag je Fall gezahlt wird und daß darüberhinaus eine Höchstsumme je Abrechnungsquartal vereinbart ist." Kommentar zum gesamten Recht der Reichsversicherungsordnung (1960 ff.), 8d. 1, S. 315) ist nicht richtig und zeigt, daß die vorhandenen rechtlichen Möglichkeiten noch nicht überall bekannt und genutzt sind.

47) Nach: Poliklinik - ein wichtiger Teil ärztlicher Versorgung. In Marburg ohne Einschränkung für alle Patienten offen, S. 9.

48) Errechnet nach "gemeinschaftspraxis '73", S. 25,25; dort ist der durchschnittliche Zeitaufwand für Sprechstunden und Besuche aller freiberuflichen niedergelassenen Kassenärzte mit 56,8 (Allgemeinärzte) bzw. 48,1 Stunden (Fachärzte) pro Woche angegeben, der der Ärzte in Gemeinschaftspraxen mit 80 bzw. 69 Stunden. Die Stundenzahl der Ärzte in Gemeinschaftspraxen muß halbiert werden, um den Zeitaufwand des einzelnen Arztes zu erhalten, da in der "gemeinschaftspraxis '73" fast ausschließlich Partnerschaften untersucht wurden, deren zwei Ärzte sich die Arbeit in der Regel zu gleichen Teilen aufteilen.

Zum Zeitaufwand für Sprechstunden und Besuche muß noch der für sonstige ärztliche Tätigkeiten gerechnet werden. Daher wird in der "gemeinschaftspraxis '73" eine Wochenarbeitszeit in Einzelpraxen von 64,8 (Allgemeinmediziner), bzw. 59,6 Stunden (Facharzt) angegeben. Der Zeitaufwand in Gemeinschaftspraxen um einen entsprechenden Anteil vermehrt ergibt die oben angegebene Wochenarbeitszeit von 48 bzw. 46 Stunden.

49) Errechnet nach Anm. 31.

50) Vgl. § 6 BMV-Ä, In: Arztrecht, (1971).

51) Der Begriff "Grundbetreuung" kann (und braucht) hier nicht exakt definiert zu werden, weil sich eine Aufgabenteilung zwischen den ambulanten Einrichtungen in der BRD nach Grund-, Spezial- und hochspezialisierter Betreuung oder ähnlichen Bereichen nur zufällig entwickelt; so sind hochspezialisierte Einrichtungen wie die Universitäts-Polikliniken meist auch direkt für Patienten zugänglich. Für den Vergleich hier wurde nur abgeschätzt, welche Einrichtungen von ihren Patienten im wesentlichen direkt und ohne Überweisung aufgesucht werden.

52) Nach: "gemeinschaftspraxis '73", S. 45.

53) Nach: Wolff, M.: (1973), S. 60, 61 (Er benutzt einen Bericht der KV Westfalen - Lippe aus dem Jahr 1972).

54) Nach: gemeinschaftspraxis '73, S. 31.

55) Nach: Der Bürger und sein Arzt. (1973) Punkt 42. (Ergebnisse einer Infratest-Befragung der Bevölkerung im Auftrag der Ludwig-Sievers-Stiftung).

56) z. B. Stössinger, J.: (1975), S. 13, 14.

57) z. B. Zolchow, B.: (1974), (Zielstrebige Verkürzung der Wartezeiten am Klinikum Steglitz durch organisatorische Veränderungen und begleitende Kontrollen über mehrere Jahre).

58) Nach: Wolff, M.: (1973), S. 74.

59) "gemeinschaftspraxis '73", S. 46.

60) Schaefer, H. u. M. Blohmke: (1972), S. 248. Ebenso Deppe, der allerdings auch eine zweite mögliche Entwicklungsrichtung der freiberuflichen Einrichtungen, nämlich die zu gewerblichen Formen berücksichtigt (Deppe, H.-U.: (1972).

61) Freidson, E.: (1975), S. 144, (bis zu ..., Forts. d. Zit.:) 145.

Quellen- und Literaturverzeichnis

I. Anfragen bei den Solidargemeinschaften und ihre Antworten (Dabei bedeutet "MS", daß die Anfrage von der Abteilung für Medizinische Soziologie Marburg - mit dem Briefkopf eines staatlichen Instituts usw. - verschickt wurde, "FE", daß sie privat verschickt wurde. Darauf folgt das Datum der Anfrage, dann das Datum der Antwort; kam keine Antwort, steht ein Minuszeichen ("-") hinter dem Anfragedatum. Mitgeschickte Jahresberichte, Broschüren und andere Drucksaachen wurden in die Literaturliste eingeordnet und werden hier durch ihre Listennummer vermerkt. Die Reihenfolge entspricht der der Beschreibungen. Zwei Anfragen sind jeweils durch ein Semikolon getrennt.)

Kassenärztliche Bundesvereinigung: MS 31. 7. 75, 6. 8. 75; MS 24. 9. 75, -; 4. 12. 75, 1. 4. 76.

KV Schleswig-Holstein: MS 24. 9. 75, 14. 10. 75.

KV Hamburg: MS 24. 9. 75, 8. 10. 75; 28. 10. 75, 6. 11. 75.

KV Niedersachsen: MS 24. 9. 75, 15. 10. 75; 28. 10. 75, 5. 11. 75.

KV Nordrhein: MS 24. 9. 75, 13. 10. 75; 20. 10. 75, -; 4. 12. 75, 16. 12. 75 (anschließend Mitteilung von 12 Abrechnungstellen der KV Nordrhein).

KV Hessen: MS 24. 9. 75, 4. 12. 75.

KV Rheinheessen: MS 24. 9. 75, 15. 10. 75.

KV Pfalz: MS 24. 9. 75, 2. 10. 75.

KV Nordbaden: MS 24. 9. 75, 13. 10. 75.

KV Nordwürttemberg: MS 24. 9. 75, 15. 10. 75.

KV Südwürttemberg: MS 24. 9. 75, 3. 10. 75.

KV Bayern: MS 24. 9. 75, -; 4. 12. 75, -.

Bundesverband der GKK: FE 23. 6. 75, 4. 7. 75; 9. 7. 75, 1. 8. 75.

AGK Berlin: FE 23. 6. 75, 25. 7. 75 (12, 29); 28. 8. 75, 8. 9. 75.

AGK Köln: FE 6. 11. 75, 1. 12. 75 (Strahleninstitut der AGK Köln).

Bundesverband der GKK: MS 31. 7. 75, 6. 8. 75.

Bundesverband der IKK: MS 31. 7. 75, 12. 8. 75.

Bundesverband der LandeKK: MS 31. 10. 75, 12. 11. 75.

Seekasse: FE 16. 12. 75, 13. 1. 76.

Bundesknappschaft: MS 31. 7. 75, 15. 8. 75; 23. 9. 75, -;
4. 12. 75, 12. 12. 75.

Verband der Arbeits-Ersatzkassen, Verband der Angestellten-
Krankenkassen: MS 31. 7. 75, 11. 8. 75.

Hauptverband der gewerblichen BGen: MS 31. 7. 75, 13. 8. 75
(Arbeitsgemeinschaft der Träger berufsgenossenschaftlicher
Rehabilitationseinrichtungen); an diesen: MS 24. 9. 75,
14. 11. 75 (26).

Bundesverband der Landwirtschaftlichen BGen: MS 31. 7. 75,
6. 8. 75.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Unfallversicherungsträger
öffentlichen Hand: MS 31. 8. 75.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger: MS 22. 9. 75,
2. 10. 75.

Bundesministerium der Verteidigung: FE 29. 8. 75, 12. 9. 75
(36,42); 13. 10. 75, 3. 11. 75.

Bundesamt für den Zivildienst: FE 1. 11. 75, 23. 12. 75.

Bundesministerium des Innern: MS 23. 9. 75, 8. 10. 75;
28. 10. 75, 13. 11. 75.

Innenbehörde Schleswig-Holstein: MS 31. 10. 75, 13. 11. 75.

Hamburg: MS 31. 10. 75, 5. 12. 75.

Bremen: MS 31. 10. 75, -.

Niedersachsen: MS 31. 10. 75, -.

Nordrhein-Westfalen: MS 31. 10. 75, 28. 11. 75.

Hessen: MS 31. 10. 75, 18. 12. 75.

Rheinland-Pfalz: MS 31. 10. 75, 12. 11. 75.

Baden-Württemberg: MS 31. 10. 75, 18. 11. 75.

Saarland: MS 31. 10. 75, 20. 11. 75.

Bayern: MS 31. 10. 75, 16. 12. 75.

Berlin: MS 31. 10. 75, 10. 11. 75; Abgeord-
netenhaus: FE 10. 12. 75, 19. 12. 75 (5).

Bundesministerium der Justiz: MS 31. 10. 75, 26. 11. 75.

Justizbehörde Hamburg: FE 5. 11. 75, 14. 11. 75.

Landesversorgungsamt Schleswig-Holstein: MS 28. 10. 75,
11. 11. 75; 4. 12. 75, 11. 12. 75.

Bremen: MS 28. 10. 75, -.

Niedersachsen: MS 28. 10. 75, 20. 11. 75.

Nordrhein-Westfalen: MS 28. 10. 75,
18. 11. 75; 4. 12. 75, 12. 12. 75.

Hessen: MS 28. 10. 75, 26. 1. 76.

Rheinland-Pfalz: MS 28. 10. 75, 23. 12. 75.

Baden-Württemberg: MS 28. 10. 75, 11. 11. 75;
4. 12. 75, 10. 12. 75.

Saarland: MS 28. 10. 75, -.

Bayern: MS 28. 10. 75, 10. 11. 75.

Berlin: MS 28. 10. 75, 11. 11. 75.

Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit:
FE 6. 11. 75, 18. 11. 75.

Senator für Gesundheit und Umweltschutz Berlin: FE 14. 10. 75,
20. 10. 75 (6).

Bundesarbeitsgemeinschaft der Überörtlichen Träger der
Sozialhilfe: MS 31. 7. 75, 9. 9. 75.

Amt für Wohlfahrt und Sozialhilfe beim Sozialminister der
Landes Schleswig-Holstein: MS 24. 9. 75, 13. 10. 75.

Freie und Hansestadt Hamburg - Arbeits- und Sozialbehörde -
Landessozialamt: MS 24. 9. 75, -.

Senator für Wohlfahrt und Jugend Bremen - Landessozialamt:
MS 24. 9. 75, 1. 10. 75.

Niedersächsisches Landessozialamt - Abt. für Sozialhilfe:
MS 24. 9. 75, 8. 10. 75.

Landeschaftsverband Rheinland: MS 24. 9. 75, 4. 11. 75.

Landeschaftsverband Westfalen-Lippe: MS 24. 9. 75, -.

Landeswohlfahrtsverband Hessen - Landessozialamt: MS 24. 9. 75, -.

Landessozialamt Rheinland-Pfalz: MS 24. 9. 75, -.

Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern:
MS 24. 9. 75, 3. 10. 75.

Landeswohlfahrtsverband Baden: MS 24. 9. 75, 10. 10. 75;
27. 10. 75, 10. 11. 75.

Minister für Arbeit, Sozialordnung und Gesundheitswesen
des Saarlandes: MS 24. 9. 75, 7. 10. 75.

Bezirk Oberbayern - Sozialhilfeverwaltung: MS 24. 9. 75,
5. 11. 75.

Bezirk Niederbayern - Sozialhilfeverwaltung: MS 24. 9. 75, -.

Bezirk Oberpfalz - Sozialhilfeverwaltung: MS 24. 9. 75, 9. 1. 76.

Bezirk Schwaben - Sozialhilfeverwaltung: MS 24. 9. 75, -.

Bezirk Oberfranken - Sozialhilfeverwaltung: MS 24. 9. 75,
7. 10. 75; 27. 10. 75, 11. 11. 75 (anschließend Mitteilun-
gen von zwei Krankenhäusern des Bezirks Oberfranken).

Bezirk Mittelfranken - Sozialhilfeverwaltung: MS 24. 9. 75,
1. 10. 75.

Bezirk Unterfranken - Sozialhilfeverwaltung: MS 24. 9. 75,
9. 10. 75; 31. 10. 75, -; 4. 12. 75, 30. 12. 75 (anschlie-
ßend Mitteilung eines Krankenhauses des Bezirke Unterfran-
ken).

Senator für Arbeit und Soziales Berlin: MS 24. 9. 75, 2. 10. 75.

II. Anfragen bei Gesundheitseinrichtungen und ihre Antworten

Paracelsus Klinik (Osnabrück): FE 20. 8. 75, 25. 8. 75;
15. 12. 75, 16. 12. 75.

Krupp Krankenanstalten GmbH (Essen): FE 6. 11. 75, -.

BG-Krankenhaus Hamburg: FE 9. 1. 76, -.

Bochum: FE 9. 1. 76, -.

Gelsenkirchen-Buer: FE 9. 1. 76, -.

Duisburg: FE 9. 1. 76, -.

Frankfurt a. M.: FE 9. 1. 76, 16. 2. 76.

Ludwigshafen-Oggersheim: FE 9. 1. 76, -.

Tübingen: FE 9. 1. 76, 16. 1. 76; MS 2. 4. 76, -.

Murnau: FE 9. 1. 76, 13. 1. 76.

Bad Reichenhall: FE 9. 1. 76, -.

DKD Wiesbaden: FE 15. 8. 75, 28. 8. 75; 13. 10. 75, 16. 10. 75 (2).

Max-Planck-Institut für Psychiatrie u. Max-Planck-Gesellschaft:
FE 30. 10. 75, 6. 11. 75 u. 14. 11. 75.

Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke: FE 15. 8. 75, -; 13. 10. 75,
16. 10. 75.

Gemeinschaftskrankenhaus Filderstadt: FE 19. 10. 75, -.

Marien-Hospital Euskirchen: FE 6. 11. 75, -.

Strahleninstitut der AOK Köln: MS 4. 12. 75, 16. 12. 75;
FE 22. 12. 75, 2. 2. 76 (47).

Knappschafts-Krankenhaus Gelsenkirchen: FE 18. 12. 75, -.

Recklinghausen: FE 18. 12. 75, -.

Bochum-Langendreer: FE 18. 12. 75, -.

Essen-Steele: FE 18. 12. 75, -.

Bottrop: FE 18. 12. 75, -.

Hamm: FE 18. 12. 75, -.

Hausham: FE 18. 12. 75, -.

Dortmund: FE 12. 75, o. Datum (Abb. 1).

Würselen-Bardenberg: FE 18. 12. 75, -.

Peißenberg: FE 18. 12. 75, -.

Sulzbach: FE 18. 12. 75, 3. 2. 76.

Quierschied: FE 18. 12. 75, -.

Knappschafts-Ambulanz Penzberg: FE 18. 12. 75, -.

Facharzt-Zentrale der LVA Hamburg: FE 15. 12. 75, -;
12. 3. 76, 29. 3. 76; 31. 3. 76, 1. 4. 76; und (Heil-
anstalt für Beinleiden) 21. 4. 76 (31).

Betriebs- und Krankenhausreferat, Landeshauptstadt München:
FE 12. 3. 76, 25. 3. 76.

III. Folgende kooperative ambulante Einrichtungen wurden persönlich besucht:

Berufsgenossenschaftliche Unfallbehandlungsstellen Bremen,

Eine Gemeinschaftspraxis mit fünf Ärzten,

Ambulatorium Wedding der AOK Berlin.

IV. Literatur

- (1) Anhang zum Bericht zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung -. Unterrichtung durch die Bundesregierung (BTDr. 7/4201). Bonn-Bad Godesberg: Verlag Heger o. J. (1975). 1192 S.
- (2) Arbeitsbericht 1970 - 1975 der Ärztesgruppe der Deutschen Klinik für Diagnostik Wiesbaden. Wiesbaden: Manuskript 1975. 1755.
- (3) Arztrecht in Niedersachsen. Nieders. Ärztebl. Juli 1971. Sonderh. 1.
- (4) Bechthold, Walter: Bericht zur Lage (Delegiertenversammlung 14. Dezember 1974). In: Hess. Ärztebl. 1975. H. 1. S. 7 - 14.
- (5) Bericht des Senats von Berlin an den Hauptausschuß des Abgeordnetenhauses. 12. 11. 1973. 3 S.
- (6) Bericht über den gegenwärtigen Stand und die Planung auf dem Gebiet der Versorgung psychisch Kranker, Hrg. Senator für Gesundheit und Umweltschutz. Abgeordnetenhaus von Berlin. 6. Wahlper. Drucksache 6/895. 18. 5. 1973. 21 S.
- (7) Der Bürger und sein Arzt (Ergebnisse einer Infratages-Befragung im Auftrag der Ludwig-Sievers-Stiftung). Köln: 1973.
- (8) Bundesmantelvertrag - Ärzte (BMV-Ä) - gültig ab 1. 10. 1959 - in der Fassung vom 1. 7. 1971.
In: Arztrecht in Niedersachsen.
- (9) Deppe, Hans-Ulrich: Zur gesellschaftlichen Lage und Perspektive von niedergelassenen Ärzten.
In: Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt, S. 97 - 105.
- (10) Deppe, Hans-Ulrich: Die gesellschaftspolitische Rolle des Arztes in der Bundesrepublik Deutschland.
In: Die medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, S. 5 - 14.
- (11) Deppe, Hans-Ulrich: Strukturwandel der ärztlichen Praxis.
In: Blätter für dtsh. u. intern. Pol. 1972. S. 324 - 338.

- (12) Dührssen, Annemarie: Das Institut für psychogene Erkrankungen der AOK Berlin. Beilage zum Geschäftsbericht 1969 der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin. XIV S.
- (13) Einflußgrößen bei der ambulanten Inanspruchnahme von 5 poliklinischen Einrichtungen der Universität Marburg. Für die Projektgruppe Gesundheitserziehung und ambulante Versorgung in der Region Marburg, Projektbereich 110 der BZgA vorgelegt von H. Prinz, J. H. Peter, G. Albrecht. MS o. O. (Marburg), o. J. (1975).
- (14) Fauvet, Alexander: Das Honoratsystem der Kassenärzte im Sozialversicherungsrecht unter besonderer Berücksichtigung des Honorarverteilungsmaßstabs. Jur. Diss. Würzburg 1968. 209 S.
- (15) Ferber, Christian von: Soziologie für Mediziner. Eine Einführung. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Ver. 1975. 218 S.
- (16) Festschrift zur Einweihung des Neubaus der Medizinischen Universitätspoliklinik Marburg am 5. September 1974. o. O. (Marburg), o. J. (1974). 42 S.
- (17) Freidson, Eliot: Dominanz der Experten. Zur sozialen Struktur medizinischer Versorgung. Hrsg. u. Übers. J. J. Rohde. München, Berlin, Wien: Urban & Schwarzenberg 1975. 180 S.
- (18) gemeinschaftspraxis '73. Ergebnis einer Umfrage über Struktur und Bedeutung der Gemeinschaftspraxen in der Bundesrepublik. 2., überarb. Aufl. Köln: 1975. 107 S.
- (19) Gesundheitswesen und Ökonomie. (Von e.) Autorenkollektiv. Hrsg. Walter Schwarz und Heiner Bär. Berlin (DDR): Verl. Die Wirtschaft 1970. 333 S.
- (20) Gesundheitszentrum Gropiusstadt. Verein zur Entwicklung von Gesundheitszentren E. V. Ms. o.O. (Westberlin), o. J. (1975 ?). 9 S.
- (21) Giere, M.: Informationsaustausch zwischen Krankenhaus und Praxis. Sonderdruck aus: Der Prakt. Arzt 1975. H. 8. 4 S.
- (22) Goldmann, F. u. A. Grotjahn: Die Leistungen der deutschen Krankenversicherung im Lichte der sozialen Hygiene. Berlin: Carl Heymanns Verlag 1928.

- (23) Herder-Dorneich, Philipp: Sozialökonomischer Grundriß der Gesetzlichen Krankenversicherung.
Köln: Kohlhammer 1966. 408 S.
- (24) Holldack, F.: Die Diskussion um die Gruppenpraxis in der BRD. Ideologie und "Wahrheit". Freie wiss. Arbeit zur Erlangung des akad. Grades "Dipl.-Sozw." an der Wirtsch.-u. Sozwiss. Fak. Univ. Erlangen-Nürnberg. 1973. 115 S.
- (25) Hüttner, Inge u. Hans, Marianne Fuchs: Medizinische Betreuung - Erfordernis - Bedürfnis - Bedarf.
In: Zschr. ges. Hyg. 1973. S. 441 - 444.
- (26) Gemeinsamer Jahresbericht 1973 der berufsgenossenschaftlichen Rehabilitationseinrichtungen. Hrsg. Arbeitsgemeinschaft der Träger berufsgenossenschaftlicher Rehabilitationseinrichtungen. 53 S.
- (27) König, Gerhard: Neue Wege in der ärztlichen Praxis?
In: Deutsch. Ärztebl. 1967. S. 2413 - 2419.
- (28) Kommentar zum gesamten Recht der Reichsversicherungsordnung einschließlich zwischenstaatlicher Abkommen und internationaler Übereinkommen. RVO. Von H. Dersch u. a.
Wiesbaden: Chmielorz 1960 ff.
- (29) Koschella, Harald: Das Ambulatorium der AOK Berlin in Berlin Wedding. Beilage zum Geschäftsbericht 1970 der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin. XIV S.
- (30) Kreienberg, Walter: Formen gemeinsamer Berufsausübung in der ärztlichen Praxis.
In: Deutsch. Ärztebl. 1968, S. 1504 - 1510.
- (31) Das "Kreuz" mit den Beinleiden. (Von Stegmann).
In: gesichertes Leben. Hrsg. LVA Hamburg. 1974.
Ausgabe 5. Einlage.
- (32) Kurella, St., R. Löther, J. Rothe: Erfordernis, Bedürfnis und Bedarf an medizinischer Betreuung.
In: Zuschr. ärztl. Fortbild. (Jena) 1974. S. 1088-1091.
- (33) Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt. Thesen, Referate, Diskussionen und Beschlüsse des Marburger Kongresses "Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt" am 20./21. Januar 1973. Hrsg. Initiativkreis Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt. Köln: Pahl-Rugenstein Verl. 1973.

- (34) Meier-Greve, Hans-Jürgen: Öffentlich-rechtliche Bindungen und freiberufliche Stellung der Kassenärzte. Jur. Diss. Göttingen 1968. 240 S.
- (35) Neschold, Frieder: Kassenärzte und Krankenversicherungsreform - Zu einer Theorie der Statuspolitik. Freiburg i. Br.: Rombach 1967. 288 S.
- (36) Die Personalsituation im Sanitäts- und Gesundheitswesen der Bundeswehr - Analyse und Empfehlungen. Bericht der Kommission des Bundesministers der Verteidigung "Personal-Ergänzung beim Sanitäts- und Gesundheitswesen". Bonn: 1975. 93 S.
- (37) Pfeffer-Küppers, M.: Modelle rationeller ärztlicher Leistungserbringung in der kassenärztlichen Versorgung - dargestellt auf der Grundlage einer Literaturübersicht -. Gutachten des Deutschen Instituts für Rationale Medizin für den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung. o.O., o.J. (1973 ?). 223 S.
- (38) Poliklinik - ein wichtiger Teil ärztlicher Versorgung. In: Marburg ohne Einschränkung für alle Patienten offen. In: Oberhess. Presse (Marburg) 16. 5. 1974, S. 9.
- (39) Rolf, Hartmut: Sozialversicherung oder staatlicher Gesundheitsdienst. Ökonomischer Effizienzvergleich der Gesundheitssysteme der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik. Berlin (West): Duncker & Humblot 1975. 219 S.
- (40) Rosenberg, Peter: Möglichkeiten der Reform des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland, Göttingen: Schwartz 1975. 362 S.
- (41) Schaefer, Hans u. Maria Blohmke: Sozialmedizin. Einführung in die Ergebnisse und Probleme der Medizin-Soziologie und Sozialmedizin. Stuttgart: Thieme Verl. 1972. 498 S.
- (42) Sanitätsdienst der Bundeswehr. In: Truppenpraxis 1972. H. 9.
- (43) Schipperges, Heinrich: Medizinische Dienste im Wandel. Analysen, Strukturen, Tendenzen der Berufe im Gesundheitswesen. Baden-Baden: Witzrock 1975. 288 S.

- (44) Schmitt, Hans-Joachim: Vor- und Nachteile der rechtlichen Organisation bestehender Trägersysteme im bundesdeutschen Krankenhausbereich.
In: Krankenhaus-Umschau 1976. H. 1. S. 19 - 25.
- (45) Siegrist, Johannes: Lehrbuch der Medizinischen Soziologie. München, Berlin, Wien: Urban & Schwarzenberg 1974. 192 S.
- (46) Stössinger, Jutta: Die Poliklinik der Frankfurter Universität im Kreuzfeuer der Kritik. Patienten warten Stunden. Engpaß Ambulatorium.
In: Frankf. Rundsch. 13. 11. 1975.
- (47) Teschendorf, W.: Das Strahleninstitut der Allgemeinen Ortskrankenkasse Köln. o. J. (1966). 35 S.
- (48) Tücke, Manfred: Sozialpsychologische Probleme der beruflichen Zusammenarbeit an einem Klinikum. Nr. 3 Informationen über medizinisch-biologische Statistik und deren Grenzgebiete. Marburg: 1973. 123 S.
- (49) Übersicht über die Soziale Sicherung. Von D. Schewe u. a. Hrsg. BMAuS. 9. Aufl. Bonn: 1975. 340 S.
- (50) Übersicht über die Zahl der Gemeinschaftspraxen am 31. 12. 1974. (Aufgestellt von der KBV)
- (51) Vergleich der Vergütung für ambulante Behandlung in Universitätskliniken des Bundesgebietes. AOK Marburg.
(Anfragen der AOK im März 1974, mitgeteilt am 26. 6. 75)
- (52) Integrierte medizinische Versorgung. Notwendigkeit - Möglichkeit - Grenzen. WSI-Forum am 25. und 26. April 1975. WSI-Studie zur Wirtschafts- und Sozialforschung Nr. 32. Köln: Bund-Verl. 1975. 228 S.
- (53) Die medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Gesundheitspolitische Arbeitstagung der Gewerkschaft ÖTV. Referate, Diskussionen, Arbeitskreise. Hrsg. HV der ÖTV. Stuttgart: 1974. 40 S.
- (54) Gesundheits- und Sozialpolitische Vorstellungen der Deutschen Ärzteschaft. Beschlossen vom 77. Deutschen Ärztetag 1974 in Berlin. Hrsg. Bundesärztekammer. Löwenich/Krs. Köln: Dtsch. Ärzte-Verl. o. J. 128 S.
- (55) Winter, Kurt: Lehrbuch der Sozialhygiene. 5. Aufl. Berlin (DDR): Volk u. Gesundheit 1970. 564 S.

- (56) Wörterbuch der Ökonomie. Sozialismus. Hreg. Willi Ehlert, Heinz Joswig, Willi Luchterhand, Karl-Heinz Stiernerling. 3., ergänzte u. überarb. Aufl. Berlin (DDR): Dietz Verl. 1973. 1082 S.
- (57) Wörterbuch der marxistisch-leninistischen Soziologie. Berlin (DDR): Dietz Verlag 1969. 535 S.
- (58) Wolff, Max: Die Gruppenpraxis - eine neue Organisationsform der ärztlichen Berufsausübung. Empirische Untersuchung über die Situation der Gruppenpraxis in der Bundesrepublik Deutschland. Nürnberg: 1973. 169 S.
- (59) Zolchow, B.: Über die Patienten-Wartezeiten in den Polikliniken des Klinikums Steglitz. 2. Bericht. Berlin (West): Juni 1974. 21 S.

Lebenslauf:

Am 21. 10. 1948 wurde ich als sechstes Kind von Dr. med. Hellmut und Marie-Luise Elgeti in Hannover geboren. Dort besuchte ich von 1955 bis 1967 die Schule, die ich am 24. 5. 1967 mit dem Abitur am Kaiser-Wilhelm-Gymnasium abschloß. Von Juli 1967 bis Oktober 1968 leistete ich meinen Wehrdienst bei der Bundeswehr.

Das Medizinstudium begann ich im Wintersemester 1968 an der Freien Universität Berlin. Nach dem Vorphysikum wechselte ich an die Philipps-Universität Marburg, wo ich am 17. 7. 1974 das Staatsexamen bestand. Vom Sommersemester 1971 bis zum Wintersemester 1975 studierte ich zusätzlich Soziologie.

Die Medizinalassistentenzeit begann ich am Institut für Geschichte der Medizin in Marburg vom 1. 8. bis 30. 11. 1974. Vom 1. 12. 74 bis 31. 12. 75 erhielt ich ein Promotionsstipendium nach dem Graduiertenförderungsgesetz. Seit dem 1. 1. 76 setze ich die Medizinalassistentenzeit an den Städtischen Krankenanstalten in Bremen fort.

Meine akademischen Lehrer waren:

Abendroth, Ammon, Arndt, Barthelmai, Behrendes, Bommer, Braasch, Buchholz, Castenholz, Daume, F. Deppe, H.-U. Deppe, Dittrich, Dölle, Ehrhardt, Engelhardt, Eschenbach, Exner, Friedrich, Fuchs, Genz, Gerdes, Grichtel, Golenhofen, Gossmann, Gottesbüren, Graul, Günther, Hacke, Heberich, Hamelmann, Hardewig, Havemann, Hensel, Hering, v. Herrath, Hess, Heuser, Hildebrand, Holz, Hort, Huch, Jacob, Jakobi, Joseph, Kaffarnik, Karlson, Keil, Klaus, Knauff, Koch, Koransky, Kramer, Krieg, Kühnl, Lange, Linneweh, Manecke, Mannheim, Martini, Masserrat, Moeller, Nasswetha, Petry, Peus, Portig, Pots, Reim, Reinert, Remschmidt, Riecken, Rodeck, Rohen, Schleyer, Schmid, Schmitz-Moormann, Schwarz, Seidel, Siegert, Solcher, Stein, Straub, Strohmeyer, Sturm, Thoenes, Uhlarik, Vakilzadeh, Wendt, Wesemann, Wiegand, Wilking, Willenbockel, Wulff, Wyninger.

